284

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1er juillet 1908, à 1 heure

Par **A. BÉKIARIAN**

Né à Rodosto (Turquie d'Europe), le 14 mai 1877

Contribution à l'étude

DE

L'ABCÈS FROID PRÉLARYNGÉ

D'ORIGINE GANGLIONNAIRE

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. PINARD, *professeur.*
GOSSET et COUVELAIRE, *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10

(Anciennement, 26 rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE, A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

(*In memoriam*).

MM. les Dr SCHWARTZ, Professeur agrégé.

HARTMANN, Professeur agrégé.

MARION, Professeur agrégé.

MORESTIN, Professeur agrégé.

MOUTARD - MARTIN, Médecin des hôpitaux.

COMBY, Médecin des hôpitaux.

RENÉ MARIE, Médecin des hôpitaux.

AUCLAIR, Médecin des hôpitaux.

LUYS, Médecin suppléant des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté et avant de commencer l'application de son enseignement, nous tenons à adresser l'hommage de notre reconnaissance à nos maîtres, M. le Dr Schwartz, M. le Dr Moutard-Martin, M. le Dr Hartmann, M. le Dr Comby, M. le Dr Marion, M. le Dr Pierre-Marie, M. le Dr Luys.

Nous devons de nombreuses et savantes leçons de clinique à M. le Dr Morestin, professeur agrégé dont nous avons suivi le service à l'Hôtel-Dieu.

Nous adressons encore nos plus sincères remerciements à M. le Dr Auclair, médecin des Hôpitaux, pour nous avoir fait bénéficier pendant notre stage à la Pitié et à Saint-Antoine d'un inoubliable enseignement.

Élève du regretté professeur Budin nous avons suivi avec assiduité les leçons magistrales où cet éminent éducateur mettait toute son ardeur et toute son âme ; nous adressons à sa mémoire un respectueux souvenir.

Nous devons aussi un témoignage de gratitude à M. Wolfromm, interne des hôpitaux de Paris, qui a bien voulu aider et faciliter nos recherches dans la mise en œuvre de notre thèse.

Nous ne pouvons oublier notre ami M. le Dr Francais chef de clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, dont les bons conseils ne nous ont jamais manqué ; nous sommes heureux de pouvoir lui offrir ce faible témoignage de notre sincère reconnaissance.

Que M. le professeur Segond veuille bien agréer nos respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Les adénopathies cervicales ont été l'objet de multiples travaux et nous nous excusons de revenir encore sur ce sujet ; si nous nous le permettons, c'est que nous nous proposons non de faire l'étude générale de ces affections, mais de mettre en lumière une localisation anatomique un peu spéciale, de faire l'étude approfondie des adénopathies du ganglion prélaryngé, et plus spécialement de l'adénopathie suppurée froide de ce ganglion. Une série de faits nous font croire que ce travail est justifié :

Tout d'abord, les adénopathies suppurées du ganglion prélaryngé, ne sont que d'une fréquence relative, ou tout au moins le nombre d'observations que l'on en retrouve est assez restreint. Il semble que jusqu'à présent elles aient peu attiré l'attention des cliniciens.

De plus, ce ganglion est presque une nouveauté anatomique, pour la première fois décrite avec soin par Poirier en 1886 ; et il est intéressant de voir là,

comme ailleurs, l'anatomie donner la main à la clinique et venir lui permettre d'interpréter ces suppurations prélaryngées dont l'origine, en dehors des données anatomiques que nous avons sur le système lymphatique de la région, serait bien difficile à déterminer.

De plus, ces suppurations ont des caractères cliniques très particuliers de localisation précise et d'extrême limitation, caractères que nous nous efforcerons de mettre en évidence.

Mais surtout ces suppurations prélaryngées, sont manifestement en rapport avec des lésions laryngées à tous les degrés parfois minimes et bénignes, parfois au contraire très marquées et très avancées.

Toutes ces raisons nous ont paru suffisantes pour que nous nous décidions à publier ce travail.

Hâtons-nous de dire cependant que ce n'est pas le premier travail qui paraît sur ce sujet, mais qu'il existe un certain nombre d'observations déjà publiées, qu'il a été même soutenu, devant cette Faculté, une thèse sur ce sujet en 1901.

Néanmoins, il nous a semblé que l'auteur, M. Brissaud, n'était ni assez complet dans son étude clinique, ni assez ferme dans ses conclusions et que son travail laissait encore du champ libre. Nous nous y lançons, mais sans avoir un seul instant la prétention que notre travail à nous soit définitif.

ANATOMIE

Les abcès froids prélaryngés se développent dans la région sous-hyoïdienne médiane, à sa partie supérieure. Rappelons rapidement l'anatomie de cette région : elle est limitée en haut par l'os hyoïde, en bas par la fourchette sternale, latéralement par les bords antérieurs des sterno-cléido-mastoïdiens. Au centre de la région, au niveau de la ligne médiane, on perçoit par la palpation le conduit laryngo-trachéal et ses annexes. En haut, la saillie de l'os hyoïde, dure et résistante, puis au-dessous de l'os hyoïde le doigt s'enfonce dans une gouttière transversale : la gouttière sous-hyoïdienne qui répond à la membrane thyro-hyoïdienne, puis ensuite une saillie verticale et médiane, terminée en haut par une échancrure à concavité supérieure : c'est la pomme d'Adam, surtout marquée chez l'homme, et due à la présence de l'arête du bord antérieur du cartilage thyroïde. Sous le thyroïde, on sent une saillie transversale, le cartilage cricoïde, séparé du cartilage sus-jacent par

une petite dépression qui répond à la membrane crico-thyroïdienne puis sous le cricoïde la trachée, [*colonne verticale limitrophe*].

Il est d'un intérêt capital de bien reconnaître à la palpation ces différents détails anatomiques qui nous permettront de fixer avec précision le siège de l'abcès froid prélaryngé.

Passons maintenant à l'étude de cette région par voie de dissection.

La peau de la région est mince, mobile, inextensible, elle se laisse aisément distendre soit par les tumeurs goitreuses, soit, et c'est ce qui nous intéresse, par les suppurations prélaryngées. Puis on tombe sur une couche de tissu cellulaire sous-cutané divisée en deux feuillets entre lesquels on rencontre à la partie interne et supérieure de la région, les fibres du peaucier du cou; parfois en avant du cartilage thyroïde on trouve une petite bourse séreuse, bourse préthyroïde de Béclard.

Dans ce tissu cellulaire sous-cutané cheminent de fins rameaux artériels, branche de l'artère thyroïdienne supérieure et une série de veinules se rendant pour la plupart aux veines jugulaires antérieures. Quelques filets nerveux issus de la branche transverse du plexus cervical traversent le peaucier pour se distribuer au tégument.

Sous ce fascia cellulo-graisseux on rencontre l'aponévrose cervicale superficielle, qui vient d'engainer le muscle sterno-cléido-mastoïdien et arrive sur la ligne médiane former, en s'unissant à l'aponé-

vrose cervicale moyenne, la ligne blanche cervicale.

Cette aponévrose cervicale moyenne ne se perd, sur la ligne médiane avec l'aponévrose cervicale superficielle, qu'après avoir engainé les muscles omo-hyoïdien, sterno-thyroïdien, sterno-cléido-hyoïdien. Ces deux derniers muscles vont retenir un instant notre attention.

Le sterno-cléido-hyoïdien naît de la face postérieure du sternum et de la clavicule et se porte obliquement en haut et en dehors vers le bord inférieur de l'os hyoïde. Les deux muscles sterno-cléido-hyoïdiens droit et gauche constituent les deux côtés d'un triangle à base inférieure sternale.

Le muscle sterno-thyroïdien qui chemine sur un plan plus profond naît de la face postérieure du sternum, et se dirige vers la face externe du cartilage thyroïde en se portant obliquement en haut et en dehors ; les deux muscles sterno-thyroïdiens droit et gauche constituent les deux côtés d'un triangle à base supérieure.

Ces deux triangles, triangle des muscles sterno-thyroïdiens et triangle des muscles sterno-cléido-hyoïdiens s'entrecroisent et au niveau de leur point de croisement déterminent le losange intermusculaire à grand axe vertical dans l'aire duquel apparaît le conduit laryngo-trachéal.

Ajoutons, pour être complet, que le sterno-thyroïdien se continue vers l'os hyoïde par un nouveau muscle peu volumineux plaqué contre le cartilage thyroïde, le muscle thyro-hyoïdien. Nous apercevons donc

le conduit laryngo-trachéal, ou plus exactement la partie inférieure du cartilage thyroïde, le cartilage cricoïde tapissé en avant par les muscles cricothyroïdiens et la partie supérieure de la trachée, mais dire que nous les apercevons est inexact, nous les devinons plutôt, car ils sont cachés par deux organes d'importance bien différente: d'abord le volumineux corps thyroïde dont l'isthme repousse les premiers anneaux trachéaux, et ensuite par un organe beaucoup moins important évidemment, mais qui nous intéresse davantage: *le ganglion prélaryngé.*

Du corps thyroïde, nous avons peu de choses à dire; son isthme s'étend transversalement en avant du bord inférieur du cartilage cricoïde, ses lobes encadrent les flancs du larynx ; enfin de l'isthme se détache la pyramide de la luette plus ou moins développée qui chemine sur la partie antérieure de l'un des flancs, le gauche généralement, du larynx. En avant du larynx, on peut également trouver quelques thyroïdes accessoires.

Nous nous arrêterons plus longtemps sur le *ganglion prélaryngé*. Ce ganglion signalé pour la première fois par Engel en 1859, signalé aussi par Tillaux, a été l'objet de recherches particulières de la part du professeur Poirier en 1887 ; c'est un ganglion qui existe dans 49 0/0 des cas ; il est situé au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, il répond en bas au bord supérieur de l'isthme du corps thyroïde dont il est assez éloigné, en haut au bord inférieur du cartilage thyroïde. Il est recouvert par les aponé-

vroses cervicales moyenne et superficielle, et proémine sur la ligne médiane au univeau de la ligne blanche cervicale.

Ce ganglion peut être unique; parfois au contraire, une fois sur six, il y en a deux superposés, l'un dans la partie large de l'espace en V compris entre les deux crico-thyroïdiens, l'autre au niveau du sommet du V. On peut encore trouver un ganglion en avant du cricoïde, immédiatement au-dessus de l'isthme du cartilage thyroïde.

Le volume de ce ganglion est des plus variable : parfois minime, le ganglion paraît caché par le bord interne d'un des muscles crico-thyroïdiens ; il est gros comme un pois chez l'adulte, difficile à mettre en évidence chez l'enfant.

La première chose à faire en découvrant ce ganglion était de rechercher quel était son territoire lymphatique. C'est ce que ne manqua pas de faire le professeur Poirier.

Il remarqua que ces ganglions prélaryngés recevaient par leur face profonde plusieurs troncs sortis du conduit laryngéen par les trous de la membrane crico-thyroïdienne.

L'injection au mercure des lymphatiques de la muqueuse laryngée montra l'existence au niveau de la portion sous-glottique d'un important réseau lymphatique à maille serrée, et en même temps plusieurs troncs lymphatiques injectés traversant la membrane crico-thyroïdienne pour se jeter dans le ganglion prélaryngé (Poirrier).

Toutes ces données suffisent pour se faire une idée de l'anatomie normale de la région, et de cette étude, retenons ceci :

Il existe, dans 49 0/0 des cas, au-devant de la membrane crico-thyroïdienne un ganglion, le ganglion prélaryngé de Poirier drainé par plusieurs troncs des lymphatiques traversant la membrane crico-thyroïdienne, le réseau lymphatique sous-glottique du larynx.

Enfin il est facile de se rendre compte par une autre injection que ce ganglion a des vaisseaux efférents qui se rendent, soit aux ganglions prétrachéaux, soit aux ganglions inférieurs de la chaîne sterno-cléido-mastoïdienne (Poirier et Cunéo).

On conçoit combien il est aisé que ce ganglion soit infecté par des agents pathogènes ayant pénétré dans l'organisme au niveau de la muqueuse laryngée, qu'ils y aient laïssé des lésions, témoins de leur passage, ou qu'ils aient passé à travers la muqueuse saine sans laisser de trace. On voit également que c'est le premier relai ganglionnaire sur le trajet des troncs efférents du réseau lymphatique à la portion moyenne du larynx. Ainsi donc, rien n'est plus simple que d'expliquer pourquoi le ganglion est pris le premier, ou le plus pris dans les affections du larynx.

Lorsque le bacille de Koch ou leurs toxines arrivent à ce ganglion il réagit suivant le mode habituel. On peut trouver des lésions anatomiques à diverses phases, soit des ganglions simplement hypertrophiés, avec induration, soit hypertrophiés avec ramollisse-

ment, soit des ganglions semés de tubercules miliaires, soit des ganglions caséeux qui peuvent arriver au ramollissement humide et à la fistulisation de l'abcès froid ganglionnaire qui fait l'objet de cette thèse.

Enfin on peut voir des ganglions indurés dont l'enveloppe et la trame ont subi la trace de formation fibreuse.

Nous insisterons peu sur l'évolution des lésions qui est banale, granulation tuberculeuse, nodules qui deviennent caséeux, et se ramollisent jusqu'à former une masse caséeuse humide contenue dans une cavité qui tapisse une couche de fongosités et qu'encapsule une coque de tissu ganglionnaire scléreux.

Cet abcès, grâce à la membrane pyogène qui le limité, progresse en dehors du ganglion et, finit par rompre la coque périphérique en infectant le tissu cellulaire voisin, l'abcès est à ce moment intra et extra ganglionnaire.

Les dépôts calcaires, les transformations fibreuses sont exceptionnels au niveau du ganglion prélaryngé.

Enfin pour compléter ce chapitre, nous n'avons plus qu'à étudier cet abcès froid alors qu'il a atteint son complet développement.

La paroi antérieure de l'abcès est formée par la peau doublée par le tissu cellulaire et les aponévroses cervicales, indurés, infiltrés, épaissis, confondus ; la paroi postérieure répond à une couche également infiltrée qui tapisse la membrane crico-thyroïdienne et les muscles crico-thyroïdiens. Toutes ces parois sont tapissées par une membrane pyogène.

Parfois on trouve, mais rarement, des lésions des cartilages thyroïdes et cricoïdes, mais jamais onne rencontre de trajet allant vers l'intérieur ou les parties latérales du larynx. A l'intérieur de l'abcès, on trouve parfois vers la membrane crico-thyroïdienne un amas fongueux qui est sans doute un débris du ganglion.

Nous verrons en étudiant l'évolution et la thérapeutique de l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire quelles sont les modifications qui se produisent après un traitement approprié.

SEMEIOLOGIE

La séméiologie des abcès froids prélaryngés d'origine ganglionnaire rappelle dans les lignes générales celles de toutes les autres suppurations tuberculeuses ganglionnaires ; cependant ces abcès prélaryngés possèdent en propre quelques caractères cliniques bien spéciaux que nous nous efforcerons de mettre en évidence.

L'abcès froid prélaryngé est toujours précédé d'une adénite prélaryngée.

Le malade s'aperçoit fortuitement de la présence au niveau de la région médiane et antérieure du cou d'une petite tumeur isolée, indolore, ovoïde, plus ou moins aplatie d'avant en arrière, de volume variable, généralement grosse comme une petite noisette, mobile, très mobile sur la peau et sur les plans profonds ; la tumeur peut rester longtemps dans cet état pendant un ou plusieurs mois, puis peu à peu augmente de volume en prenant une consistance de plus n plu s ferme. Mais bientôt cette adénite évolue vers

la suppuration et nous la voyons devenir élastique et rénitente, on peut y percevoir de la fluctuation.

Le ganglion est déjà moins mobile ; il est surtout mobile transversalement, il est au contraire peu mobile verticalement, fixé sur le larynx dont il suit déjà les déplacements.

La tumeur est encore nettement limitée, la peau conserve au-dessus du ganglion sa consistance et sa coloration normales ; il n'y a pas de phénomènes douloureux.

Dans toute cette première période il n'entre en scène qu'un phénomène banal d'adénite tuberculeuse passant d'abord par un stade d'infiltration et d'induration, puis arrivant au stade de ramollissement et de suppuration, les lésions restant toujours cantonnées au ganglion qui dégénère dans sa gangue fibreuse.

Bientôt à l'adénite viendront s'ajouter des phénomènes de périadénite, traduisant la propagation du processus infectieux à l'atmosphère celluleuse périganglionnaire.

La tumeur au lieu de rester nettement limitée prend un contour diffus en même temps qu'elle perd de sa mobilité.

Le tissu cellulaire qui s'est ainsi infiltré ne va pas tarder, suivant l'évolution anatomique ordinaire des lésions tuberculeuses, à se ramollir et à suppurer, c'est alors, et c'est alors seulement, que nous nous trouverons en présence de l'abcès froid prélaryngé, d'origine ganglionnaire qui est le sujet de cette étude et dont nous devons faire l'exploration méthodique.

Inspection. — La tumeur *siège* en avant du larynx vers la partie moyenne de la région sous-hyoïdienne au-dessous de la région sus-hyoïdienne et de l'os hyoïde, au-dessus de l'espace sus-sternal, entre les deux régions carotidiennes droite et gauche. *Sa forme* est ovoïde ou plutôt arrondie, elle proémine franchement en avant du cou, elle se détache, par des limites très nettes, des régions voisines ; c'est une tumeur en jabot presque aussi large que haute, suivant peu l'influence de la pesanteur.

Nous nous permettrons d'insister sur cette particularité qui saute aux yeux dès la simple inspection, et qui sera confirmée par la palpation, que l'abcès froid prélaryngé est un abcès *très bien limité*, très rigoureusement circonscrit, saillant en avant mais n'ayant jamais de prolongement, ne s'accompagnant d'aucune espèce de décollement à distance.

La peau qui recrouvre cette tumeur présente encore à cette période une coloration normale, elle est seulement lisse et un peu tendue.

Le volume de l'abcès s'accroît progressivement d'abord égal à celui d'une grosse noisette puis d'une noix, il atteint bientôt les dimensions d'un œuf de poule ou d'une petite orange ; toutes les dimensions intermédiaires sont possibles,mais toujours il y a une disproportion énorme entre le volume normal d'un ganglion prélaryngé et le volume global de l'abcès, ce qui prouve que l'infection a brisé et dépassé la coque du ganglion, qu'il s'agit non d'une adénite suppurée mais bien d'un abcès froid se développant

dans le tissu périganglionnaire et n'ayant tiré du ganglion prélaryngé que son origine.

Enfin si nous faisons parler le malade ou si nous lui demandons de faire des mouvements de déglutition, nous voyons monter et descendre la tumeur qui suit les mouvements du larynx. D'ailleurs, ces symptômes vont encore être confirmés par la palpation.

Palpation. — Si l'on porte la main sur la tumeur on voit que la peau glisse aisément sur elle, on peut plisser le tégument, preuve de sa non-adhérence à la tumeur ; la peau n'est pas chaude.

On appréciera également la surface de cette tumeur ; elle est également lisse sans bosselure.

On se rendra compte de sa forme régulière et globuleuse que nous a déjà révélée l'inspection, mais surtout on cherchera à fixer avec soin les limites de la tumeur.

Celles-ci varient évidemment suivant le volume de l'abcès ; lorsqu'il a atteint ses dimensions habituelles il dépasse peu certaines limites fixes qui sont les suivantes :

Le pôle supérieur de l'abcès répond généralement au bord supérieur du cartilage thyroïde dont on sent sous le doigt la crête dure. Quelquefois, il remonte jusque vers l'os hyoïde qui fait alors saillie sous la peau juste au-dessus de la tumeur. Dans d'autres cas l'abcès remonte jusqu'à l'espace thyro-hyoïdien couvrant la membrane thyro-hyoïdienne. Au-dessous du pôle inférieur, on perçoit généralement le bord ré-

sistant du cartilage cricoïde, parfois il est masqué par l'abcès qui peut descendre plus bas et couvrir même un ou plusieurs anneaux de la trachée. Mais, il reste toujours un intervalle notable entre la tumeur prélaryngée et le bord supérieur du sternum.

On voit déjà que par ses signes physiques cet abcès froid développé aux dépens du ganglion prélaryngé se distingue tout à fait des abcès froids développés aux dépens du ganglion prétrachéal, abcès beaucoup plus fréquents et beaucoup plus étudiés jusqu'à présent que l'abcès prélaryngé.

Enfin la tumeur est bridée latéralement par les corps musculaires des deux sterno-cléïdo-mastoïdiens que l'on sent se tendre dans les mouvements de rotation de la tête.

Ces limites, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont très précises, la tumeur ne présente aucun prolongement.

La consistance est variable, elle peut être molle ou tendue, généralement elle est assez tendue, elle est nettement fluctuante. On trouve toujours cette fluctuation, lorsque, avec deux doigts, on presse alternativement de chaque côté de la tumeur prélaryngée. On peut encore obtenir cette sensation en embrassant la tumeur à sa base par deux doigts de la main droite et en pressant avec l'index de la main gauche sur son sommet, la sensation du flot peut se retrouver sur toute l'étendue de la tumeur ou n'exister qu'en quelques points, ou encore faire défaut à la périphérie et n'exister qu'au centre de la tumeur,

tous états répondant à des stades différents de l'évolution anatomiques des lésions.

Si la peau encore saine est mobile sur l'abcès, la tumeur, elle, n'est pas mobile sur les plans profonds, c'est-à-dire sur le larynx.

On ne peut la déplacer sur cet organe, elle lui est intimement fixée. Comme l'a déjà montré l'examen du malade lorsqu'il déglutit, la palpation nous indique que la tumeur suit le larynx dans tous ses déplacements et que tous les mouvements du larynx lui sont communiqués.

Cette tumeur n'est pas réductible, lorsqu'on exerce une pression sur elle, on augmente seulement sa tension, on n'arrive pas à la réduire, ni vers la superficie, ni vers la profondeur. Cet abcès n'a de prolongement ni superficiel qui élèverait les plans du cou, ni profond qui filerait vers les cavités laryngées.

Dans toutes les manœuvres, en appliquant la main sur la tumeur, on s'est rendu compte qu'elle n'était animée ni de mouvement de battement, ni de mouvement d'expansion, et qu'on n'éprouvait aucune sensation de frottement ou de frôlement. On s'est également rendu compte que cette tuméfaction était complètement ou à peu près complètement indolore.

Enfin, signalons une petite manœuvre sans grande importance, mais qui permet de différencier notre abcès d'une tumeur gazeuse, d'une laryngocèle, d'une pneumatocèle si on percute cette région antérieure du cou. On trouve au niveau de la tumeur une zone de matité s'étendant sur toute l'étendue de la tuméfac-

tion et masquant la sonorité normale du larynx.

Au dessus et au-dessous de l'abcès, on trouve deux régions sonores ; la supérieure, correspondant au conduit trachéal. Pour faire cette petite manœuvre il importe de placer la tête du malade en hyperextension et de lui faire ouvrir la bouche.

Si nous avons si longuement insisté sur les signes physiques de cette affection, c'est à la fois parce qu'ils ont des caractères assez spéciaux et parce qu'ils existaient seuls ou à peu près seuls.

Symptômes fonctionnels. — Cette tumeur, en effet, ne provoque aucune manifestation douloureuse, sauf une légère sensation de gêne ou de pesanteur.

Lorsque cet abcès existe seul s'il n'y a pas de lésion importante du larynx, ce qui est rare, on ne note aucune gêne de la déglutition, de la respiration ou de la phonation.

Arrivé à cet état, que va devenir la tumeur ? Il est rare qu'elle subisse une évolution régressive ; nulle part nous ne trouvons signalée de guérison spontanée, nulle part d'évolution vers l'organisation fibreuse ou la caséification, généralement l'abcès marche vers la fistulisation.

Fistulisation. — La tumeur augmente de plus en plus de volume, mais remarquons bien que ce volume ne va pas s'augmenter indéfiniment, la tumeur conserve toujours son aspect circonscrit, elle tend non à s'étendre, mais à s'ouvrir et avant qu'elle ait eu le temps de beaucoup progresser au delà des limites que nous avons décrites, nous verrons se produire des modifi-

cations cutanées. L'action du processus infectieux s'étend du côté de la peau. La tumeur jusque-là adhérente seulement dans la profondeur, adhère rapidement à la peau ; on ne peut plus plisser celle-ci ; lorqu'on essaye de le faire on voit se produire le phénomène de la peau d'orange.

En même temps que la peau devient adhérente elle change de couleur.

Elle rougit en un point limité, puis cette rougeur s'étend à la partie centrale de la tumeur, ce n'est pas une rougeur franche mais une teinte livide, violacée. En même temps qu'elle rougit, la peau s'amincit et et la tumeur n'est bientôt plus séparée de l'extérieur que par une mince pellicule cutanée.

Le malade éprouve, dès que sa peau commence à rougir, un peu de prurit, des démangeaisons parfois assez vives ; alors apparaissent vers le centre de la tuméfaction une ou plusieurs taches jaunâtres, jaune-blanchâtre, points au niveau desquels, la peau va se nécroser et se détruire, généralement spontanément, parfois à la suite d'un léger traumatisme qui ne fait que hâter un dénouement inévitable. Un pertuis s'ouvre, du pus sort en abondance, la tumeur s'affaisse puis une fistule s'établit par laquelle indéfiniment suinte un liquide séropurulent. Le pus qui vient ainsi de s'évacuer a un aspect variable, tantôt c'est un pus jaunâtre crémeux, bien lié, le plus souvent, c'est un pus mal lié, contenant des fongosites blanchâtres au milieu d'un liquide séreux ou séropurulent. En même temps que du pus sortent parfois de petits débris

fongueux. C'est en un mot, le pus caractéristique des suppurations tuberculeuses ; pour être fixé sur sa nature il ne reste plus qu'à recourir à la bactériologie : on y rencontre du bacille de Koch ; parfois celui-ci semble faire défaut, dans ce cas, l'inoculation au cobaye est positive, elle provoque sa tuberculisation.

Quant à la fistule qui a donné issue au pus elle a les caractères de toutes les fistules d'abcès froid : son contenu est irrégulier, rouge, violacé, décollé, on peut y voir des petits points blanchâtres. Par la suite cette fistule persiste longtemps. Son caractère change un peu, la peau reprend à ce niveau une coloration normale et on rencontre, au fond d'une cicatrice plus ou moins déprimée, un petit pertuis dans lequel il est possible d'engager un stylet qui s'enfonce à une profondeur variable ; une goutte de pus ou de séropus sort de temps à autre par cet orifice qui, le reste du temps, s'obstrue par une croûtelle desséchée, jaune brunâtre.

Cette fistule peut se fermer spontanément, ce qui est très rare, elle peut s'obturer de façon passagère, et on pourra voir se produire des phénomènes de rétention successifs qui aboutiront à la nouvelle fistulisation et nous rentrons dans l'histoire habituelle de tous les abcès froids fistuleux évoluant pendant de longues années sans tendance marquée à la guérison définitive.

Ainsi se termine l'abcès froid prélaryngé si aucune thérapeutique ne vient troubler le cours de son évolution.

Nous verrons, en effet, lorsque nous étudierons le traitement de cette affection, comment se font, après l'intervention, l'évolution et la guérison de l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire.

Symptômes généraux. — En présence d'un abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire, à quelque stade que ce soit de son évolution, nous devons prendre connaissance de l'état de tout le système lymphatique, et nous demander si sont pris également, par la même infection, les éléments des autres régions ganglionnaires du corps.

L'adénite prélaryngée dont la terminaison est l'abcès froid prélaryngé peut exister en dehors de toute altération du système lymphatique. Elle peut être accompagnée de l'adénite des autres ganglions de la région cervicale ; outre la tumeur prélaryngée, on sent une ou plusieurs masses ganglionnaires voisines soit sus-hyoïdienne, soit latéro-laryngée, soit carotidienne, soit sterno-cléïdo-mastoïdienen ; mais ce qu'il importe de remarquer, c'est que l'évolution de l'adénite prélaryngée est toujours à un stade plus avancé que celle des adénites voisines et il n'y a dans les cas d'adénite prélaryngée aucune comparaison possible entre l'énorme développement et la rapidité relative d'évolution de l'adénite prélaryngée et la masse ganglionnaire voisine simplement indurée. Cela est un point capital dont nous verrons toute l'importance quand il s'agira de fixer le diagnostic étiologique de cette affection.

Il va sans dire que puisqu'il s'agit de lésions tuber-

culeuses nous pouvons fréquemment rencontrer des adénites inguinales, crurales axillaires, etc., accompagnées d'une adénite prélaryngée. Enfin nous n'abandonnons pas l'étude de notre malade avant d'avoir précisé exactement quelles lésions des autres organes il peut présenter.

L'abcès froid prélaryngé ne provoque pas par lui-même de troubles de la santé générale : ceux-ci ne relèvent que de lésions d'autres organes et, particulièrement, des organes de la respiration de la phonation, de la digestion, de l'appareil génito-urinaire sur l'état desquels nous devons toujours avoir des renseignements précis avant de vouloir rechercher à quelle cause peut être relié l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il est assez aisé de poser le diagnostic d'abcès froid prélaryngé, lorsqu'il est arrivé au terme ultime de son évolution ; au contraire, à son début, alors qu'il ne s'agit que d'une adénite prélaryngée, le diagnostic peut être plus délicat.

Il faudrait d'abord établir qu'il s'agit bien d'une tumeur ganglionnaire, l'existence d'une autre adénite cervicale pourra être quelquefois dans la balance.

On pourrait cependant confondre une adénite prélaryngée avec un kyste sébacé ; mais celui-ci généralement de petite dimension, est inclus dans la peau, lui est intimement fixé, il présente un petit pertuis noirâtre d'où la pression fait sortir de la matière sébacée.

Il pourrait également s'agir d'une gomme syphilitique des muscles prélaryngés, mais c'est évidemment là une localisation rare, à laquelle on ne songe que pour l'éliminer ; les antécédents, le traitement

d'épreuveau besoin seraient d'ailleurs là à la rigueur pour empêcher toute erreur.

Enfin, lorsqu'on sera bien persuadé qu'il s'agit d'une adénopathie, il faudra s'assurer si elle est tuberculeuse; l'examen des autres organes du malade, l'état de sa santé générale fixeront le diagnostic.

L'adénopathie syphilitique est rarement isolée, et le ganglion prélaryngé est rarement atteint; de plus, il y reste généralement en même temps d'autres manifestations de spécificité.

L'adénopathie du cancer a des caractères spéciaux : il s'agit de malade âgé; les ganglions ont une dureté ligneuse spéciale et on dépiste aisément le cancer de voisinage qui le provoque, mais nous insisterons surtout sur le diagnostic de l'abcès froid lui-même.

Un lipome a rarement cette situation, il n'y a jamais de fluctuation bien franche, il a une consistance mollasse caractéristique. Signalons pour mémoire la possibilité de fibrome développé aux dépens des éléments conjonctifs du cou.

Une tumeur anévrysmale n'occupant que très exceptionnellement la région prélaryngée, elle est réductible, animée de battements, de souffle, de mouvement d'expansion; la main y sent le thrille.

Les *angiomes du cou* ont une consistance molle ; ils sont diffus et surtout réductibles.

Les tumeurs gazeuses du cou, les laryngocèles ont une séméiologie toute différente ; lorsqu'elles communiquent avec l'arbre aérien, leur volume varie suivant le temps respiratoire, suivant l'effort de toux,

suivant les mouvements de la tête. Lorsqu'elles ne communiquent pas avec l'arbre aérien, elles ont une tension constante, mais dans tous les cas elles sont sonores à la percussion et la peau qui les recouvre conserve toujours ses caractères normaux.

Il n'est pas rare d'observer des troubles de la voix, depuis l'aphonie complète jusqu'à la simple raucité de la voix.

Il est rare qu'une tumeur du corps thyroïde puisse simuler un abcès froid prélaryngé. Généralement, elle n'occupe pas la ligne médiane, sa forme rappelle souvent celle du corps thyroïde. Le kyste hydatique du corps thyroïde, les tumeurs malignes, le goitre sont, en général, peu faciles à confondre avec l'abcès que nous étudions.

Il n'en est pas de même des goitres aberrants, tumeurs développées aux dépens des vestiges de la morphogénèse du corps thyroïde.

On sait que la glande thyroïde est reliée pendant un certain temps au foramen cæcum par un tractus glandulaire appartenant à son ébauche médiane.

Ce cordon glandulaire peut disparaître en totalité ou en partie, il peut donc se produire en avant du larynx, aux dépens de ce cordon, une tumeur dont le diagnostic présentera les plus grandes difficultés ; mais hâtons-nous de dire que ce sont là des causes qui viendront rarement nous faire commettre une erreur.

Mais les affections avec lesquelles il est le plus aisé de confondre les abcès froids prélaryngés, ce sont

les *kystes* du cou, et c'est là une erreur qui a été commise. Nous en trouvons un instructif exemple dans un article publié dans la *Gazette Médicale* de Paris (de 1886, par M. Paul Blocq). Cet auteur publie trois observations de « kyste crico-thyroïdien » que nous reproduisons dans cette thèse et pour deux de ces observations au moins, leur simple lecture fait conclure à l'abcès froid prélaryngé. M. Blocq croyant isoler une variété de kyste du cou.

En réalité il semble qu'il n'ait fait que passer à côté du seul diagnostic vraisemblable d'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire. Cette erreur quoique singulière était excusable, car l'attention n'avait pas encore été attirée sur l'existence de ganglion prélaryngé, comme elle le fut un an plus tard par le travail de P. Poirier.

Au lieu de chercher une pathogénie imaginaire à ces tumeurs suppurées prélaryngées il semble plus simple et plus rationnel de les rattacher à une infection du ganglion prélaryngé.

Voyons donc quels sont les caractères qui nous permettrons de distinguer les uns des autres, abcès froid prélaryngé et kyste du cou.

Les kystes branchiaux constituent au cou une masse molle et fluctuante mais sur laquelle, la peau reste toujours mobile. Cependant, les kystes médians thyroïdiens peuvent avoir une allure légèrement inflammatoire mais surtout simuler une tumeur congénitale, dont la marche est excessivement lente.

Les kystes séreux congénitaux multiloculaires plus

ou moins volumineux sont tantôt bosselés et lobulés, tantôt arrondis et réguliers.

Leurs limites lorsqu'ils sont bosselés sont assez peu accentuées.

La peau présente des dilatations veineuses. Parfois elle peut être très tendue, amincie, envahie par la tumeur, ou même colorée en brun par une inflammation chronique.

La consistance en est spongieuse et molle, variable suivant les points de la tumeur.

La fluctuation toujours difficile à rechercher existe en certains points et fait défaut en d'autres.

On sent à la palpation des bosselures, des brides fibreuses ou des noyaux durs de consistance cartilagineuse.

Contrairement à ce qui se passe dans l'abcès froid prélaryngé, cette tumeur peut acquérir des proportions considérables, envoyer des prolongements dans la profondeur et provoquer par compression des troubles graves.

Signalons pour terminer la possibilité d'une confusion avec des affections rares comme les kystes séreux simples du cou, les kystes sanguins, les kystes hydatiques, etc...

Enfin si nous admettons qu'il s'agit d'un abcès froid, à évolution lente, l'absence de symptômes douloureux entrave cette conclusion.

Mais cet abcès froid, quel est son point de départ?

L'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire peut être confondu avec un abcès froid d'origine

osseuse par exemple consécutif à un mal de Pott cervical, mais dans ce cas on voit qu'il y a des symptômes rachidiens du côté de la nuque et de la région postérieure du cou. On a affaire à un abcès migrateur à limite irrégulière non nettement circonscrit comme notre abcès prélaryngé.

Il en est de même des abcès, rares d'ailleurs, qui seraient consécutifs à une ostéite de l'os hyoïde.

La collection froide pouvait prendre un point de départ dans le larynx et dans une des lésions avancées de la tuberculose de cet organe, auquel cas d'ailleurs, le siège de l'abcès est central, ses limites irrégulières. Il possède alors un certain degré de réductibilité, de plus les lésions du côté du larynx sont très avancées et dominent la scène.

Enfin ces abcès froids pourraient être consécutifs à des affections rarissimes, comme la tuberculose.

En résumé, aucun des abcès froids du cou n'a comme l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire, de limites précises et nettes, aucun d'eux n'est ainsi nettement circonscrit, aucun d'eux ne proémine aussi franchement en avant, aucun d'eux surtout n'a une situation aussi indiscutablement prélaryngée.

Il nous faut donc conclure que le diagnostic d'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire est facile, très facile, une réserve étant faite pour les kystes du cou suppurés ou non avec lesquels on pourrait parfois le confondre.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Nous avons établi qu'il s'agissait non d'un kyste du cou, non d'une suppuration, venant d'un organe éloigné, mais d'un abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire. Quelle est la nature de cette suppuration? Pour nous, suppuration chronique ne veut pas forcément dire suppuration tuberculeuse. Nous connaissons en effet d'après les travaux de de Beurmann, Lesné et Mosnier-Vinard un certain nombre de suppurations froides d'origine mycosique; à côté de ces abcès froids dans lesquels on a retrouvé le sporotrix combien encore sont classés sous le nom d'abcès chroniques dont la cause microbienne ou mycosique reste encore à déterminer.

Malheureusement, il nous faut avouer humblement que dans aucune de nos observations il n'a été fait d'examen approfondi du liquide purulent, dans quelques-unes on a seulement fait l'inoculation au cobaye.

Quelquefois cette inoculation a été positive, en faveur de la tuberculose. Souvent elle a été négative,

plus souvent encore hélas, il n'a été rien fait de sérieux, ni examen bactériologique ni examen d'inoculation, ni surtout de cultures si spéciales qui révéleraient l'existence d'une maladie mycosique.

La nature tuberculeuse de la lésion est affirmée dans 14 de nos observations ; 3 fois grâce à l'inoculation au cobaye, 11 fois grâce à l'existence de lésions nettement tuberculeuses d'autres organes : dans les 4 dernières nous n'avons rien qui nous permette légitimement de conclure en faveur de la tuberculose. Mais nous sommes bien forcé de nous rabattre sur ce diagnostic en raison même de l'évolution locale des lésions. Il s'agit donc d'une lésion tuberculeuse ; quelle est la porte d'entrée du bacille ? Quelle est la déterminante de cette localisation tuberculeuse ?

Pour nous, nous sommes intimement persuadé que toutes les fois qu'il y a adénopathie prélaryngée il y a tuberculose du larynx, et en effet dans 7 de nos observations nous trouvons nettement affirmé un mauvais état de l'arbre respiratoire et, ce ganglion, chose curieuse, paraît toujours être le premier de ceux qui se prennent ; le plus souvent nous avons trouvé isolée ou presque, cette adénopathie prélaryngée. Du reste, en bien des cas alors que d'autres ganglions étaient pris, nous avons trouvé les lésions plus avancées au niveau du ganglion prélaryngé.

Et pourquoi ? De ceci une raison nous paraît facile à donner.

Le ganglion prélaryngé est le premier relai gan-

glionnaire sur la route des lymphatiques du larynx. Or nous connaissons l'extrême richesse en lymphatiques de la muqueuse laryngée, et nous savons combien rapidement sont infectées les voies lymphatiques au cours des maladies du larynx. Les germes qui cheminent à leur intérieur atteignent bientôt le ganglion prélaryngé qui se hâte de réagir en s'induisant, puis en subissant la fonte purulente.

Dans certains cas de lésion laryngée la lésion causale est absolument incontestable, il y a phtisie laryngée ; l'examen laryngoscopique est positif, l'aspect des lésions caractéristique ; aucun doute ne peut s'élever sur la cause de l'abcès prélaryngé.

Dans d'autres cas il n'y a aucun symptôme fonctionnel, aucun symptôme physique qui trahisse une lésion laryngée.

Nous sommes obligé d'admettre que dans ces cas il ne s'est agi que d'une infection transitoire et fugitive de la muqueuse laryngée ayant passé inaperçue du médecin et du malade, mais la muqueuse a pendant un moment perdu sa résistance et laissé passer les micro-organismes qui ont abondamment colonisé dans le ganglion prélaryngé alors qu'elle reprenait rapidement son état normal ; d'ailleurs les travaux de Cornet et Dobro Rebowski ont établi que les microbes pouvaient émigrer à travers une muqueuse saine sans laisser de trace de leur passage, et d'ailleurs chez tous nos malades nous avons trouvé d'autre accidents tuberculeux très nets particulièrement de la tuberculose pulmonaire ; il s'agissait donc de

malades chez lesquels les voies respiratoires supérieures étaient constamment parcourues par des bacilles de Koch projetés dans les exsudats bronchopulmonaires ; rien de surprenant à ce qu'un moment donné il se soit fait une infection des lymphatiques du larynx, infection dont le terme ultime a été la formation d'un abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire et même n'existerait-il pas d'autre lésion tuberculeuse qu'il pourrait encore s'agir d'une tuberculose primitive du larynx, forme mainte fois signalée.

Évidemment à côté des lésions laryngées il ne paraît pas impossible que l'adénite prélaryngée vienne encore d'affection tuberculeuse des organes voisins.

Peut-être pourrait-il y avoir d'autres causes à cette suppuration?

On conçoit aisément qu'une lésion tuberculeuse de la peau, un lupus siégeant au niveau du cou pourrait s'accompagner d'une adénite de ganglion prélaryngé, adénite évoluant vers l'abcès froid. Il se peut également qu'une ostéite de l'os thyroïde, lésion rare, peu connue, et peu étudiée, puisse en dehors des abcès ossifluents qu'elle entraîne donner lieu à un abcès froid ganglionnaire.

Le corps thyroïde peut également être le siège de lésions tuberculeuses siégeant soit dans ses lobes latéraux, soit dans son isthme, soit même dans la pyramide de la luette et ces lésions peuvent retentir sur le ganglion prélaryngé ; mais nous n'avons au-

cune observation sur ce fait, nous ne pouvons donc nous y arrêter.

D'ailleurs les données anatomiques concernant les vaisseaux afférents et efférents du ganglion ne nous permettent pas davantage d'insister sur ces hypothèses.

Il semble bien que dans la plupart des cas, l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire soit lié à une lésion du larynx, ou à une lésion tuberculeuse du larynx, quel que soit d'ailleurs le stade de son évolution, depuis la plus simple granulation jusqu'aux lésions les plus militantes du larynx ; nous sommes en effet en possession d'une série d'observations dans lesquelles une lésion laryngée est incriminée. Ce sont les observations n^{os} I, Thiriet ; II, Blocq ; III, Blocq ; IV, Blocq ; VI, Mesnard ; VII, Guisy ; VIII, Brissaud ; IX, personnelle.

Enfin en l'absence de lésions tuberculeuses du larynx on pourrait admettre à la rigueur que toute la lésion siégerait dans le ganglion et qu'il s'agirait seulement d'une adénite et péri-adénite suppurée en dehors de toute autre affection d'un organe voisin, et que le ganglion infecté par des microbes, apportés par la voie sanguine ou par la voie lymphatique, suppurerait pour son propre compte. Mais dans cette hypothèse on voit mal pourquoi le ganglion prélaryngé suppurerait seul ou presque seul ainsi que cela s'est passé dans toutes nos observations, indépendamment de la généralité des autres ganglions du cou.

Dans le cas d'infection générale par la voie sanguine ou lymphatique, il s'agit toujours de poliadénopathie où tous les ganglions évoluent simultanément ; il nous faut donc chercher autre chose et *il semble rationnel de croire que c'est à une infection localisée que correspond une adénopathie localisée*, nous ne trouvons qu'une chose pour l'expliquer : une lésion plus ou moins patente du larynx.

MARCHE. DUREE. PRONOSTIC

La marche des abcès froids prélaryngés est variable; le plus souvent, ils évoluent assez lentement sans symptômes fonctionnels ni généraux marqués et se terminent au bout d'un temps variable, parfois plusieurs mois, par la suppuration; il en résulte dans ces cas une fistule qui persiste très longtemps.

Dans quelques cas, la marche de l'abcès peut être plus rapide: il apparaît au niveau de la peau, de la rougeur et de la chaleur, le pus se fait jour plus rapidement. Ce sont des véritables abcès réchauffés mais cette évolution est tout à fait exceptionnelle.

De l'ensemble de cette étude et des observations que nous avons rassemblées, il apparaît que le pronostic de l'abcès froid prélaryngé est variable. Si le sujet porteur de cet abcès froid ne présente aucun autre signe de tuberculose au niveau des cartilages du larynx, au niveau des poumons, des testicules, des articulations, etc..., le pronostic est généralement très peu grave; cependant, on a vu cet abcès se com-

pliquer soit par continuité, soit par contiguïté, soit par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, de laryngite tuberculeuse, ou même de tuberculose pulmonaire; en dehors de ces cas, il faut noter qu'une fistulisation persistante de l'abcès froid est grave au point de vue du pronostic esthétique.

Tout autre est le pronostic quand l'abcès froid survient secondairement au cours de tuberculose pulmonaire laryngée ou tuberculose pulmonaire. Le pronostic est alors extrêmement grave, non pas tant à cause de l'abcès lui-même mais surtout à cause des autres lésions tuberculeuses.

TRAITEMENT

Le traitement de l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire est banal et différent suivant que la tumeur ganglionnaire est indurée ou ramollie.

Nombre de médecins préconisent les uns le traitement médical, les autres conseillent « d'emblée » le traitement chirurgical. Nous pouvons dire immédiatement que dans les adénites indurées non suppurées le traitement médical, a une importance capitale même quand le chirurgien intervient, surtout s'il s'agit d'adénite prélaryngée chez des sujets jeunes.

1° Le traitement médical sera divisé en interne et externe.

a). — *Traitement médical interne.* — Il consiste en grande partie dans l'absorption d'huile de foie de morue si non l'huile même, mais ses alcaloïdes isolés par M. Gautier, ou des succédanés de l'huile de foie de morue, telles que les préparations iodées et sulfureuses.

b). — *Traitement médical externe.* — Nous con-

seillons, *les topiques* tels que les pommades iodurées et les emplâtres mercuriels (Vigo), *les bains salés* car ces derniers semblent agir surtout dans les formes torpides d'adénite prélaryngée.

Enfin nous conseillons également des eaux mixtes arsenico-salines telles que les eaux de La Bourboule. Un séjour prolongé au bord de la mer peut déterminer la rétrocession. Parfois, mais rarement la guérison complète.

D'une façon générale, nous pouvons dire que cette médication interne et externe s'impose pendant toute la durée du traitement de l'adénite prélaryngée mais parfois au cours du traitement médical, on se trouve obligé de recourir au traitement chirurgical; ce dernier doit être employé si le traitement médical est complètement insuffisant et si l'adénite prélaryngée persiste à augmenter ou si elle suppure.

2° Traitement chirurgical proprement dit comprend les injections interstitielles, ponctions, incisions, grattage des parois et drainage.

Les injections interstitielles ont été préconisées par Luton de Reims et étudiées par Calot dans le traitement de Berck-Plage. On emploie plusieurs liquides modificateurs : la liqueur de Fowler (Reclus), le naphtol camphré (Ménard), la papaïne (Bouchut), l'éther iodoformé (Verneuil) la solution de nitrate d'argent, le chlorure de zinc, l'acide phénique à 3 0/0 (Schuller), enfin l'huile stérilisée iodoformée. Nous n'avons pas une grande confiance dans ce mode de traitement surtout à la première période de la tuberculose gan-

glionnaire prélaryngée. Il n'en est pas de même quand le ganglion prélaryngé est à la période de caséification; nous pensons qu'alors si les injections de naphtol camphré, ou d'huile stérilisée iodoformée auxquelles nous accordons la préférence ne déterminent pas la rétrocession du foyer bacillaire elles préparent ainsi l'heureux résultat du grattage après l'incision de l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire, et au drainage du foyer. Mais il faut autant que possible s'abstenir d'injection de substance modificatrice, qui peuvent provoquer du côté du larynx des accidents dyspnéiques.

Lorsque l'adénite prélaryngée n'est pas complètement ramollie et n'est pas compliquée d'adhérences que les grandes incisions et les cicatrices vicieuses doivent être évitées, on pourra pratiquer une petite ponction au point le plus déclive ; faire un curettage rapide du foyer après injection préalable de cocaïne et après avoir pris toutes les précautions antiseptiques et aseptiques et en drainant la plaie pendant quelques jours.

Si elle est tout à fait ramollie et compliquée d'adhérences, nous conseillons de faire une incision assez large suivie de curettage. La réunion pourra se faire par première intention, ou on laissera dans la plaie un petit drain. Nous terminons en disant que dans cette petite intervention, il n'y a aucune complication opératoire à craindre.

OBSERVATIONS

Voici les quelques observations sur lesquelles nous avons cru pouvoir nous appuyer pour esquisser les lignes générales de cette affection si spéciale : l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire.

Ces observations ont une valeur des plus variables ; à côté des observations de M. Blocq nous en trouvons malheureusement d'autres qui semblent avoir été prises avec une moindre conscience.

Excusons-nous de faire état, pour appuyer notre discussion, des observations de M. Blocq qui, pour lui, permettent de conclure à une variété nouvelle de kystes du cou (les kystes crico-thyroïdiens) ; mais malgré toute la confiance que nous devons à cet auteur il nous semble difficile de conclure avec lui.

D'ailleurs le moment venu, nous discuterons de près ses conclusions.

Dans les trois cas qu'il cite, il y en a peut-être trois et sûrement deux qui rentrent beaucoup plus

dans le cadre des abcès froids prélaryngés que dans celui des kystes crico-thyroïdiens.

*
* *

Voici nos observations : nous les diviserons en deux classes, suivant qu'il y a ou non troubles laryngés.

I. — Abcès froids prélaryngés d'origine ganglionnaire coïncidant avec des altérations laryngées.

A. — *Tout d'abord commençons par les observations présentant des points discutables.*

Observation 1 (THIRIET).

Le nommé D..., Henri, âgé de 34 ans, profession charretier, entre le 20 novembre 1898, salle Behier, n° 22, dans le service du professeur Hayem à Saint-Antoine.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à 49 ans d'un néoplasme de l'estomac.

La mère est encore vivante et bien portante.

Ni frère, ni sœur.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Le malade dit avoir eu dans son enfance de *la gourme* qui se serait accompagnée d'adénite cervicale. Il n'aurait eu ni maux d'yeux ni écoulements d'oreille, mais il aurait toujours été chétif. Il n'a présenté aucune des pyrexies de l'enfance et n'aurait eu

notamment ni rougeole, ni scarlatine, ni variole. A dix ans l'eczéma impétignieux du cuir chevelu qu'il portait depuis quatre ans cesse.

A dix-huit ans, il contracte une blennorhagie qui dura environ un mois et qui disparaît sans traitement médicamenteux.

A 22 ans il prend la *fièvre typhoïde*, fièvre typhoïde grave dans le cours de laquelle il dit avoir eu une perforation intestinale (?) et qui aurait nécessité un repos au lit de six mois.

A la suite de sa fièvre typhoïde, il a pendant un an environ des vomissements quotidiens. Pendant ce temps il présente de la boulimie.

Après chaque vomissement, dit-il, il se remettait à manger et à manger beaucoup.

A 32 ans il contracte la syphilis. A ce moment apparaît au dire du malade sur la face dorsale de la verge un petit bouton rouge qu'il gratte et qui suppure.

Deux mois environ après la cicatrisation de son accident initial, le malade ressent des douleurs violentes dans les jambes, surtout exagérées au niveau des tibias, s'exaspérant pendant la nuit et allant même jusqu'à empêcher complètement le sommeil.

Il a aussi à cette époque des céphalalgies intenses qui comme les douleurs des membres inférieurs, se manifestent surtout pendant la nuit. Le malade dit avoir à ce moment beaucoup *maigri*, *s'être affaibli considérablement et avoir même présenté de la fièvre*.

Tous ces phénomènes le décident à entrer à la Charité où on le traite avec le sirop de Gibert. Il y reste seulement

huit jours et sort sur sa demande. Pendant son séjour à la Charité, les douleurs des membres inférieurs et la céphalée avaient diminué d'intensité.

Trois ou quatre jours après sa sortie, apparaît une éruption constituée par de petits boutons rouges (papules) dont certains s'ulcèrent sur les bras, les jambes et la tête.

En même temps il constate que *sa voix devient rauque et voilée.*

Il entre alors dans le service de M. Gaucher à l'hôpital Saint-Antoine. On lui pratique des injections mercurielles et on lui donne de l'iodure de potassium.

Contre la laryngite, on fait des pulvérisations dans la gorge, au bout de quinze jours la voix redevient complètement normale. Il reste à Saint-Antoine environ trois semaines et les ulcérations syphilitiques étant presque cicatrisées il demande à sortir et se remet à travailler.

Les ulcérations recommencent à suppurer ; le malade entre à l'hôpital Saint-Louis. Traitement ; pilules de mercure. Iodure de potassium, on panse ses ulcérations à l'emplâtre rouge. Il séjourne à l'hôpital trois semaines et en sort complètement guéri. Les ulcérations étaient entièrement cicatrisées.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle a débuté le 15 novembre 1898. A cette époque, le malade remarque *que sa voix devient rauque et voilée.* Il souffre très peu, n'éprouve aucune difficulté à avaler. En même temps il remarque qu'au devant du larynx se développe une petite tumeur du volume d'une noisette environ.

Il tousse et crache beaucoup.

Il ne soigne pas et au bout de trois semaines voyant que

tous les phénomènes morbides augmentaient d'intensité il entre à l'hôpital Saint-Antoine.

Examen du malade.

Examen général. — Le malade est un homme solidement charpenté aux masses musculaires fermes et bien développées.

Pas de calvitie.

Double hernie inguinale.

On trouve au niveau des jambes, des avant-bras, sur la face externe du bras gauche des cicatrices arrondies ou ovalaires dont le centre est blanc, légèrement déprimé, et qui sont entourées à la périphérie d'une zone très pigmentée marron foncé.

Sur le front, on remarque aussi surtout à droite plusieurs cicatrices blanches déprimées sans zone pigmentée périphérique.

Les ganglions cruraux et inguinaux sont nettement augmentés de volume des deux côtés.

Sur la face dorsale de la verge, à 3 centimètres environ en avant de la face dorsale du pénis existe une cicatrice large comme une pièce de deux francs environ, blanche et légèrement déprimée, entourée d'une zone de pigmentation étroite et peu accentuée.

Le malade accuse des habitudes d'alcoolisme : il est fumeur.

Le lobule de l'oreille est adhérent.

Appareil respiratoire. — Larynx. L'examen du larynx donne les résultats suivants : l'épiglotte et la région vestibulaire sont normales ; par contre il existe de grosses lésions au niveau des bandes ventriculaires et des cordes vo-

cales. Les lésions sont bilatérales, cependant les lésions sont beaucoup plus marquées à droite.

La bande ventriculaire est rouge vif, notablement tuméfiée surtout à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Les cordes vocales sont injectées, comme boursouflées surtout dans leur moitié antérieure. On ne constate aucune ulcération. La partie postérieure des cordes de la région aryténoïdienne est indemne. L'examen de la région sous-glottique est impossible.

En raison de la localisation des lésions vers les régions antérieures du larynx, on pense à la possibilité de la syphilis.

Au devant du larynx, sur la ligne médiane au niveau du cartilage cricoïde, on trouve une petite tumeur lisse à peu près de la grosseur d'une noix. Cette tumeur est indolente spontanément à la palpation. Si on immobilise le larynx, on peut constater que la tumeur est mobile sur cet organe. Elle n'est pas non plus adhérente aux plans sus-jacents.

Ils s'agit évidemment d'une adénite du ganglion prélaryngé.

L'examen de la région cervicale ne montre pas l'existence d'autres tumeurs ganglionnaires.

Ce sont surtout les troubles vocaux qui attirent l'attention du côté du larynx. La voix est rauque, sourde, voilée. Le malade ne souffre aucunement, ni en parlant, ni en avalant.

Examen des poumons. — Aux deux sommets, aussi bien en avant qu'en arrière, on constate de la submatité, de l'exagération des vibrations thoraciques, du retentissement de la toux et de la voix, une inspiration rude et basse, une ex-

piration prolongée. Tous ces phénomènes sont plus marqués du côté gauche à la base du même côté, on entend quelques frottements pleuraux. Pas de douleurs thoraciques. Le malade tousse un peu surtout le matin. Il expectore abondamment à son réveil des crachats spumeux blanchâtres quelques-uns sont muco-purulents.

Transpirations nocturnes.

Appareil circulatoire. — La matité cardiaque n'est pas augmentée d'étendue, les bruits du cœur sont normaux, bien frappés. Au foyer aortique, le deuxième bruit a un retentissement un peu exagéré. Pas de bruits de souffle.

Symptômes fonctionnels. — En ce moment, on ne trouve aucun phénomène morbide du côté du cœur. Pas de douleurs précordiales, pas de palpitations, pas de dyspnée d'effort, ni d'oppression. Le malade qui est charretier déménageur accomplit facilement son métier. A 18 ans cependant il aurait eu des palpitations très violentes sans phénomènes douloureux mais avec de la dyspnée et une oppression presque continuelle. Ces troubles ont été *précédés de fièvre.* Le malade entre un mois à l'hôpital du Havre. Il en sort amélioré mais non guéri. Cet état persiste quatre ans, et disparaît ensuite complètement. Pendant cette période il passe le conseil de révision. Il est exempté, à cause de sa cardiopathie. On lui applique à la région précordiale des sangsues et des vésicatoires. Pas de médicaments à l'intérieur.

Aujourd'hui, on ne trouve aucune trace de cardiopathie ancienne.

Pouls. — Artères radiales normales. Pouls plein, régulier, fort, 80 pulsations par minute.

Appareil digestif. — Lèvres saines. Dents saines et bien plantées, gencives normales. Langue humide et rosée, rien dans le pharynx.

La paroi abdominale est souple. Pas de dilation stomacale.

Symptômes fonctionnels. — L'appétit est conservé. Digestions normales, selles régulières.

Foie. — Le foie déborde les fausses côtes *d'environ* un travers de doigt. Aucune douleur spontanée ni provoquée à la région hépatique.

Rate normale.

Appareil urinaire. — Normal. Urines normales.

Systèmes nerveux. — A son entrée le malade se plaint de céphalalgies très intenses et de douleurs violentes dans les jambes.

La sensibilité normale est partout conservée.

Rien du côté des organes des sens.

Température normale

Traitement. — On donne 4 grammes d'iodure de potassium en lavement, on lui fait des injections mercurielles et on applique sur les ganglions prélaryngiens de l'onguent mercuriel. Trois semaines de séjour à l'hôpital.

A sa sortie, *l'adénite* était presque complètement disparue, le ganglion étant très difficile à sentir.

La voix était complètement normale. L'examen du larynx montre une régression à peu près totale des lésions. Il ne persiste qu'une légère injection des cordes vers l'angle antérieur de la glotte. Les frottements pleurétiques avaient disparu mais les signes sthétoscopiques des sommets persistaient ainsi que la toux et l'expectoration.

Après sa sortie, le malade abandonne tout traitement. Au bout d'une quinzaine de jours, la voix redevient rauque et voilée, la *tumeur ganglionnaire* reparaît et augmente progressivement de volume.

Un mois environ après sa sortie, le malade revient consulter à l'hôpital, la voix est devenue complètement rauque et la tumeur ganglionnaire atteint environ le volume d'une grosse noix.

Examen laryngoscopique. — Le larynx ne présente pas le même aspect : les bandes ventriculaires sont normales, par contre les cordes vocales sont injectées, tuméfiées ; leur bord est irrégulier, érodé par places. La région postérieure des cordes, la face inter-aryténoïdienne sont toujours indemnes.

On lui conseille d'entrer dans le service, mais le malade refuse et même ne fait aucun traitement. Mais au bout de trois semaines, voyant la tumeur ganglionnaire augmenter beaucoup de volume il se décide à entrer de nouveau dans le service.

Examen du malade. — A son entrée on constate une augmentation très notable de la tumeur ganglionnaire qui atteint le volume d'un œuf de poule.

Elle est très *peu mobile* sur le larynx. A sa surface la peau est luisante, amincie, violacée. Une fluctuation manifeste dénote l'existence d'une suppuration à l'intérieur du ganglion.

En outre la tumeur est *douloureuse*, spontanément et à la palpation. La voix est de nouveau rauque et voilée.

Les signes stéthoscopiques persistent au niveau des som-

mets et même on peut constater au sommet gauche l'existence de quelques craquements très fins.

Traitement mercuriel.— Après 4 jours la tumeur diminue un peu et devient indolore spontanément et à la palpation. La fluctuation persiste très manifeste. La peau est rouge et amincie.

Le 14 mars, ponction de l'abcès, inoculation à un cobaye. Le pus examiné ne contient pas de bacilles de la tuberculose.

Le malade sort et revient se montrer de temps en temps. On lui fait des injections d'huile napthoïée par la légère ouverture de son abcès. Traitement mercuriel. La voix redevient normale. Le 22 mars, l'abcès est vidé complètement, il semble persister un trajet fistuleux. Injection d'huile naphtolée. Gaze iodoformée, le malade n'a plus reparu.

L'examen des crachats au point de vue du bacille de Koch était resté négatif de même que l'inoculation au cobaye du pus de l'abcès ganglionnaire.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre.

Pour le sujet qui nous occupe spécialement il est remarquable que l'adénite prélaryngée ait cédé une première fois au traitement spécifique puis ait récidivé quand on a eu cessé ce traitement.

De plus cette observation nous semble apporter un appoint d'une certaine importance à l'histoire des lésions de l'appareil ganglionnaire du larynx, histoire « bien peu riche en documents en ce qui concerne la syphilis » (P. Tissier). Dans son mémoire sur la syphilis tertiaire du larynx

cet auteur signale un cas remarquable publié dans *The Lancet* (1861), dans lequel « on trouva comprimant le nerf récurrent gauche une masse ganglionnaire très dure ayant amené une nécrose du cartilage cricoïde. La muqueuse laryngée était saine dans ce fait.

Le cas observé par nous présente encore un grand intérêt à un autre point de vue. Nous avons noté dans l'observation l'amélioration des symptômes pulmonaires par le traitement mercuriel. Il semble bien alors, étant donnée l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats de notre malade, que ses poumons aient été touchés par la syphilis. Nous n'oserions l'affirmer mais cela nous semble très probable. Ceci, disons-le en passant, montre l'importance de l'examen du larynx et de ses ganglions pour établir le diagnostic entre la syphilis et la tuberculose pulmonaire.

L'auteur considère ce cas comme une adénite syphilitique tertiaire.

Nous allons essayer de discuter cette opinion et de démontrer, en nous appuyant sur les données mêmes fournies par l'auteur dans son observation, qu'il s'agit bien plus vraisemblablement d'un abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire. Le sujet est évidemment syphilitique mais il a le droit tout comme un autre de faire de la tuberculose en un point quelconque de son organisme. Or que lisons-nous dans l'observation? Le sujet a maigri, a même eu de la fièvre, il tousse et il crache. Aux deux sommets, aussi bien en avant qu'en arrière, on constate de la submatité, de l'exagération, des vibrations thoraciques, du re-

tentissement de la toux et de la voix, une inspiration rude et basse, une expiration prolongée. Tous ces phénomènes sont plus marqués du côté gauche, du même côté encore on entend quelques frottements pleuraux.

Ce sont là des signes sur lesquels il est impossible de se tromper, il s'agit de tuberculose pulmonaire. Ici la syphilis tertiaire du poumon pourrait peut-être donner des signes analogues, mais nous savons qu'elle occupe rarement le sommet et que son siège de prédilection est la partie moyenne du poumon, que d'ailleurs à la période de crudité les gemmes profondément situées ne donnent lieu qu'à des signes sthétoscopiques, pour ainsi dire imperceptibles, se révélant surtout après le ramollissement par l'expectoration et des signes cavitaires.

Contre cette hypothèse, il est vrai, on peut invoquer l'absence de bacille de Koch dans le pus et l'inoculation négative au cobaye. Ce sont là des objections sérieuses, mais insuffisantes, pour nous faire rejeter le diagnostic de l'abcès prélaryngé tuberculeux. Nous savons, en effet, que la recherche du bacille de Koch est loin d'être toujours positive dans ce cas où le diagnostic de tuberculose est par ailleurs non douteux.

D'autre part l'inoculation au cobaye n'a peut-être pas été faite avec toute la rigoureuse précision, qui seule permet d'arriver à une certitude véritablement scientifique. On ne nous dit pas notamment au bout de combien de temps, le cobaye inoculé fut sacrifié.

Pour nous en raison des lésions pulmonaires certaines, en raison de l'évolution clinique nous inclinons à croire qu'il s'agit dans ce cas d'un abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire survenu chez un syphilitique réalisant une fois de plus cette association, cette symbiose pathologique désignée depuis Ricord sous le nom de « scrofulate de vérole ».

Ainsi donc selon nous il s'agit d'un syphilitique avéré et d'un tuberculeux pulmonaire certain.

Les lésions laryngées sont-elles plus caractéristiques de la syphilis, ce qu'en dit l'auteur ne permet pas de l'affirmer. Les bandes ventriculaires sont rouge vif, notablement tuméfiées surtout à l'union du 1/3 antérieur avec les 2/3 postérieurs. Les cordes vocales sont injectées, comme boursouflées, surtout dans la moitié antérieure.

En raison de la localisation antérieure on pense à la possibilité de syphilis du larynx et c'est vraiment tout ce qu'on peut faire, car il serait bien téméraire d'affirmer sur des caractères aussi peu certains la nature syphilitique de pareilles lésions. Et d'ailleurs fût-il prouvé que ces lésions laryngées étaient de nature syphilitique qu'il ne s'ensuivrait pas de toute nécessité que l'adénite prélaryngienne fût de même nature. Tout tend à démontrer le contraire.

Nous connaissons l'extrême rareté des adénites suppurées de la syphilis tertiaire, opposée à la fréquence des adénites tuberculeuses suppurées.

D'autre part l'évolution n'est-elle pas en faveur de la tuberculose ganglionnaire. Cette adénite qui se

développe lentement atteint le volume d'une noix, puis sous l'influence d'application locale d'onguent mercuriel diminue de volume au point de disparaître presque complètement pour reparaître ensuite, se ramollir, devenir fluctuante, nécessiter une ponction après laquelle persiste un trajet fistuleux; ne sont-ce pas là les caractères distinctifs et bien connus des adénites tuberculeuses ?

Observation 2 (BLOQ).

Eugénie Sir..., âgée de 16 ans, journalière, entre le 15 mai 1883 à l'hopital Tenon, où elle occupe le lit n° 26 de la salle Delessert (Service de Mr le docteur Gillette). Ses parents sont actuellement bien portants; il n'existe pas, à sa connaissance, d'affection du même genre chez aucun de ses proches. Elle ne peut nous renseigner sur la grossesse dont elle a été le fruit. Quant à elle-même, elle ne porte pas de stigmates de scrofule ; elle a eu la rougeole à l'âge de 6 ans et est sujette à des poussées furonculeuses. Réglée depuis un an, elle l'a toujours été régulièrement ; pas de pertes blanches.

Elle porte depuis sa jeunesse, dit-elle,une petite tumeur de la région antérieure du cou dont elle ne s'est jamais plainte.

La tumeur, très petite tout d'abord, a augmenté progressivement et ce sont seulement des raisons d'esthétique qui l'amènent à l'hôpital.

Nous constatons, en l'examinant, qu'elle a une tumeur

dans la région thyroïdienne, le néoplasme a la grosseur d'une noix, siège exactement sur la ligne médiane ; sa limite supérieure est marquée par l'angle saillant du cartilage thyroïde, inférieurement, il déborde à peine le cartilage cricoïde.

Il n'y a pas de changement de coloration de la peau qui est souple et parfaitement mobile à son niveau.La pression est indolente, il n'y a pas non plus de douleurs spontanées et on sent une consistance molle et fluctuante. En embrassant le néoplasme entre les doigts et en lui imprimant divers mouvements, on constate qu'il semble indépendant du cartilage thyroïde, car il jouit d'une certaine mobilité, il adhère toutefois au larynx, car il en suit les mouvements lorsqu'on fait déglutir la malade.

Il n'existe comme trouble fonctionnel qu'un peu de gêne, ressenti dans le pharynx lors de la déglutition ; de plus on constate, mais à un faible degré,de la raucité de la voix, il n'y a jamais eu de toux ni accident de suffocation, l'état général est bon.

La malade qui espérait la disparition de la tumeur par l'emploi d'une pommade demande son exéat lorsqu'on lui parle d'une intervention chirurgicale.

Cette première observation est vraiment insuffisante pour permettre de conclure à un kyste cricothyroïdien. Elle fait plutôt penser à un abcès froid prélaryngé ; il y a de la raucité de la voix,un peu de gène à la déglutition, ne sont-ce pas là des signes qui paraissent bien plutôt relever d'une lésion laryngée

même légère qui s'accompagnerait d'une adénite suppurée.

Car cette tumeur a bien tous les caractères que nous avons reconnu à l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire.

Cependant nous ne pouvons infirmer complètement le diagnostic de M. Blocq, mais il nous a semblé intéressant de placer cette observation au milieu de toutes les autres qui, elles, permettent de conclure à l'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire.

Observation 3 (Blocq).

Eugène P..., âgé de 30 ans, sertisseur, entre salle Montzon, n° 7, à l'hôpital Tenon, le 12 juin 1883.

Les antécédents héréditaires sont peu intéressants au point de vue qui nous occupe. Sa mère est morte de la poitrine, son père est actuellement bien portant, ainsi que son frère, il a perdu sa sœur du choléra.

Lui-même ne paraît pas avoir eu d'accidents scrofuleux, et n'a jamais été malade, sinon qu'il contracta la syphilis à l'âge de 19 ans et en eut, entre autres accidents, un psoriasis rebelle il y a cinq ans. Il avait des habitudes alcooliques, il a commencé à tousser il y a huit mois. Depuis a beaucoup maigri, avait une expectoration abondante qui, jamais, n'a été teintée de sang. Sans cause appréciable se montre, il y a deux mois, une petite tumeur, d'abord à peine visible, qui grossit insensiblement, sans douleurs ni changement de coloration de la peau. Depuis la présence

de cette tumeur, il remarque que la toux est plus fréquente, prend un caractère plus quinteux et est suivit d'accès de suffocation. Sa voix est, de plus, redevenue rauque.

A l'examen, on constate qu'il s'agit d'un homme amaigri, à état général mauvais, ayant les signes fonctionnels et physiques de la tuberculose pulmonaire, le sommet gauche est ramolli, le droit ne présente que des lésions de l'induration.

Il est porteur d'une tumeur de la région médiane du cou. Celle-ci de la grosseur d'une grosse noix, est située en avant des cartilages cricoïde et thyroïde, recouvrant incomplètement le dernier et dépassant le premier de quelques millimètres. La peau est rouge, tendue et luisante à son niveau, du reste, parfaitement mobile, il n'y a pas de douleurs spontanément ni à la pression qui permet de constater une fluctuation très nette. La tumeur est adhérente au larynx dont elle suit tous les mouvements. La voix est rauque, bitonale, la toux est quinteuse, fréquente et suivie d'expectoration abondante.

Toutefois la dyspnée est modérée d'une façon habituelle, mais il existe, à la suite des quintes, des sortes d'accès de suffocation. La déglutition est gênée.

Les phénomènes généraux, peu prononcés, ne sauraient être mis au compte de l'affection locale, en présence de l'infection tuberculeuse avérée du malade.

16 *juin*. — Une incision cruciale donne issue à environ 30 grammes de liquide louche, épais, visqueux, manifestement purulent ; l'exploration de la cavité la montre tomenteuse, la paroi postérieure est en rapport avec la

membrane crico-thyroïdienne, mais en dépasse les limites pour envahir une légère partie des deux cartilages, principalement le cricoïde accessoirement le thyroïde.

Badigeonnage à la teinture d'iode, pansement antiseptique à l'acide phénique.

18 *juin*. — Il a eu à la suite de l'opération une détente des signes fonctionnels, mais toutefois les phénomènes laryngés, raucité de la voix, accès de toux, persistent.

20 *juin*. — Le fond de la plaie paraît tapissé d'une sorte de couenne blanche, mollasse, lardacée, indolente, reposant sur la membrane, qui semble épaissie et indurée, à son niveau, en pressant cette zone indurée, on en fait sourdre par divers points une matière blanchâtre, caséeuse, analogue à du mastic comme consistance et comme aspect.

26 *juin*. — Les signes fonctionnels raucité de la voix, dysphagie, accès de dyspnée sont stationnaires. La plaie, quoique considérablement rétrécie, donne encore lieu à une faible suppuration. Son fond paraît toujours formé d'une substance caséiforme. Toutefois, en le détergeant, on commence à distinguer les bourgeons charnus sous-jacents.

10 *juillet*. — La plaie est en voie de cicatrisation.

20 *juillet*. — La cicatrice est formée; le malade sort, conservant une raucité de la voix presque égale à ce qu'elle était à son entrée. Seules la dysphagie et la dyspnée ne semblent pas avoir persisté.

Ici nous refusons de suivre M. Blocq dans ses conclusions ; ce malade a des antécédents héréditaires de tuberculose, il tousse et crache depuis longtemps. Les poumons sont plus que suspects ; de plus, lors-

qu'apparaît son adénite il a des symptômes laryngés très nets, voix rauque, toux, crachats et enfin l'aspect du pus, et celui des parois de la poche présentant des points caséeux, tout cela est sûrement de la tuberculose, et non pas du kyste crico-thyroïdien.

Alors nous avons là une très belle observation d'abcès froid prélaryngé, d'origine ganglionnaire.

Observation 4 (Blocq).

Augustine Chour..., journalière, âgée de 40 ans, entre le 20 février 1883 à l'hôpital Tenon et occupe le lit n° 19 de la salle Delessert.

Ses antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt. Elle-même ne signale dans son passé, comme affection des voies respiratoires, qu'une bronchite survenue il y a deux ans, ayant duré trois mois, mais dont elle souffre encore. Réglée à 15 ans, a toujours vu régulièrement; a eu deux couches terminées normalement, ni alcoolisme ni syphilis.

Elle s'est aperçue, il y a un an, de la présence d'une petite tumeur siégeant en avant du larynx qui, ayant tout d'abord le volume d'un gros pois, a augmenté progressivement et très lentement sans jamais lui occasionner de douleurs réelles, mais la gêne assez actuellement pour qu'elle sollicite une intervention.

On constate, en effet, que la malade porte une tumeur de la région laryngée. Celle-ci, exactement médiane, semble limitée en haut au-dessous de l'angle du cartilage thy-

roïde en bas au niveau du deuxième anneau de la trachée. Elle a le volume d'une noix ; la peau, de couleur normale, est mobile à son niveau. Elle suit tous les mouvements du larynx pendant la déglutition. Sa consistance est molle et fluctuante ; elle n'est nullement douloureuse à la pression.

Il existe un peu de gêne de la respiration, surtout prononcée si la malade fait des mouvements d'extension de la tête, la voix est voilée ; pas de toux quinteuse ni succès de suffocation.

2 *mars*. — On pratique une incision médiane de la tumeur, qui donne issue à 40 grammes environ de liquide citrin, visqueux, contenant quelques flocons blanchâtres ; on peut explorer la cavité du kyste par cette ouverture, et l'on reconnaît qu'il siège exactement sur la membrane crico-thyroïdienne qu'il déborde cependant en haut et en bas.

La cavité est parfaitement lisse et unie. On pratique la cautérisation de la paroi avec une solution de chlorure de zinc au 1/10, pansement phéniqué.

La suppuration s'établit et se continue sans incident jusqu'au 15 mars, où elle est presque complètement tarie.

18 *mars*. — La cicatrisation est presque complète ; toutefois la cicatrice adhérente reste fistuleuse vers sa partie moyenne.

19 *mars*. — La malade, se trouvant bien, demande son exéat malgré la persistance de cette fistule.

La malade redemande son admission le 5 juin 1883, et est placée même salle, lit n° 10. Depuis sa sortie de l'hôpital, la voix est restée voilée comme auparavant et elle a eu des crises de suffocation, qui se succèdent en augmentant de fréquence et d'intensité.

A son entrée, on constate une dyspnée très vive à accès paronzatiques rapprochés. Ceux-ci sont caractérisés par des quintes d'une toux rauque éteinte, ayant les caractères de la toux cropale, et laissant la malade dans un état de cyanose et d'anxiété considérables.

La dyspnée qui persiste entre les accès se change en apnée si l'on étend la tête en arrière. La toux ne s'accompagne pas d'expectoration. La respiration se fait avec cornage ; il y a également du tirage sus-sternal.

A l'auscultation on n'entend pas le murmure vésiculaire, mais seulement le retentissement des bruits trachéaux. La face et les extrémités sont bleuâtres et refroidies.

Le lendemain, l'état de la malade s'aggrave encore ; les accès de suffocations devenant plus fréquents, on prescrit des inhalations d'oxygène qui n'amènent guère de soulagement. Aussi le surlendemain, la dyspnée étant extrême, décide-t-on de lenter la trachéotomie.

La malade est préalablement anesthésiée par l'absorption d'un mélange de chloral et de morphine.

Opération. — Incision sur la ligne médiane au thermocautère, section des anneaux de la trachée. L'introduction de la canule ne semble pas atténuer beaucoup la dyspnée. On constate de l'emphysème sous-cutané du cou.

Bientôt l'infiltration gazeuse gagne la face et le thorax. Le soir l'emphysème est généralisé et atteint le tronc jusqu'aux aines, il y a de la respiration de Cheynestokes. Les périodes d'apnée reviennent après cinq inspirations et durent un quart de minute. Râle trachéal ; cyanose des extrémités. La malade est asphyxiante. On nettoie la canule ; on pratique des injections hypodermiques d'éther ; on fait des

ponctions à la peau de la face et l'abdomen, qui laissent échapper des gaz avec bruit. L'amélioration ne dure pas et la malade succombe le soir à 5 heures.

Autopsie. — *Le 9 juin.* — Emphysème sous-cutané généralisé occupant la face, le cou, les membres supérieurs, le thorax et l'abdomen.

A l'ouverture du thorax, de l'air s'échappe avec bruit de la plèvre. Le tissus cellulaire du mediastin est insufflé et crépitant.

Les poumons, affaissés, forment deux masses peu volumineuses, retractées à la partie supérieure du thorax, d'une surface grise, ardoisée, d'une consistance molle, conservant l'empreinte du doigt, crépitant peu, surnageant néanmoins dans l'eau. Ils sont exsangues à la coupe, si l'on en excepte les bases, légèrement congestionnées.

L'examen des autres organes, cœur, appareils digestif et urinaire ne présente rien d'anormal.

Le larynx porte à la face antérieure l'incision faite pour la trachéotomie. Examiné par son orifice supérieur, on constate qu'il ne reste qu'un conduit de la dimension d'une plume de corbeau.

Si l'on incise la face postérieure, on remarque que ce rétrécissement est dû au gonflement considérable des parties molles de l'organe.

Les cordes vocales déformées par la tuméfaction dont elles sont le siège n'apparaissent plus que sous forme d'éminence dépassant à peine le niveau du reste de la muqueuse ; les ventricules ne sont plus distincts.

La muqueuse ainsi altérée est de couleur pâle et de consistance molle. A l'incision on reconnaît que cette modifica

tion est due à une véritable infiltration, sorte d'œdème purulent du tissu sous-muqueux. La pression en fait sourdre des gouttelettes de pus.

La membrane crico-thyroïdienne présente un aspect tomenteux, est épaissie, inégale, offre en somme les traces du travail de suppuration dont elle a été le siège après l'excision du kyste : on découvre à son niveau un petit pertuis fistuleux siégeant au niveau de la ligne mediane, à quelques millimètres de l'angle antéro-inférieur du cartilage thyroïde, admettant difficilement le passage d'un stylet et se terminant dans le tissu sous-muqueux du larynx. Les parties correspondant à emplacement du kyste sur les cartilages thyroïdes et cricoïdes sont amincies.

Ici encore il y a plutôt tuberculose que tumeur kystique.

Nous ne trouvons contre la tuberculose que l'aspect lisse des parois de l'abcès, que la nature du pus, ce pus crémeux à flocon blanchâtre se rencontre cependant souvent dans les suppurations tuberculeuses.

L'aspect lisse de la paroi est plus troublant. Mais les antécédents personnels de bronchite chronique, les troubles de la voix, l'évolution après l'incision, tout cela permet bien de songer à la tuberculose ; de plus il y a des lésions laryngées très nettes puisque c'est par là, somme toute, que le malade finit par mourir.

Ce qui domine l'histoire de sa maladie c'est une affection laryngée et nous avons établi que l'adénite

prélaryngée est très fréquemment la résultante d'une maladie du larynx.

Et d'ailleurs pour conclure sur ces trois observation de M. Blocq disons qu'il ne faut jamais en clinique s'éloigner trop des sentiers battus, qu'il faut toujours voir simple et qu'en présence d'une particularité curieuse il faut prendre garde de conclure trop vite à une exception ou à une rareté nosologique et à plus forte raison de vouloir créer un type nouveau d'affection.

Il est beaucoup plus simple, du moment qu'un diagnostic extraordinaire ne s'impose pas, et c'est une des raisons pourquoi nous le faisons, de conclure à un abcés froid prélaryngé d'origine ganglionnaire et d'étiologie laryngée, qu'à une nouvelle variété de kyste du cou : à un kyste crico-thyroïdien.

B. — *Observation où les faits sont indiscutables.*

Observation 5

(MESNARD in thèse BRISSAUD).

M..., serrurier, âgé de 27 ans, demeurant rue des Boulets, est couché au lit n° 42, de la salle Broca où il est entré le 12 avril 1900.

Il ne présente rien dans son hérédité morbide qui soit digne d'être noté ; n'a jamais été malade en particulier, en particulier n'a jamais eu la syphilis, et, bien qu'il semble plus vieux que son âge, il semble jouir à l'heure actuelle d'une bonne santé.

il présente sur la ligne médiane, au niveau du larynx, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule. La peau à ce niveau est rouge, adhérente à la tumeur et si on la plisse, elle prend l'aspect de la peau d'orange. La masse est fluctuante, mais on se rend compte que les parois de la poche sont épaisses. La tumeur est adhérente au larynx avec lequel elle semble faire corps, de sorte qu'en la mobilisant latéralement, on mobilise aussi le larynx. Elle est entraînée en haut dans les mouvements de déglutition qu'on gêne en la maintenant. Elle ne donne lieu à aucune douleur spontanément où à la pression. Aucun trouble respiratoire et aucune altération de la voix. Le malade porte le long du maxillaires cinq cicatrices, quatre de moyenne étendue, et une assez longue, gaufrée légèrement sans changement de coloration de la peau, allongée dans le sens vertical, et moins irrégulière que ne le sont en général les cicatrices de ganglions suppurés. On dirait de simples replis de la peau invaginée par endroits.

L'examen complet du malade ne nous révèle aucune lésion pulmonaire ni cardiaque, il présente au mollet gauche un volumineux paquet variqueux, et un kyste de moyen volume à l'épididyme du côté droit. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Diagnostic. — Adénite suppuree du ganglion prélaryngien ayant déterminé une adhérence de ce ganglion au larynx et prête à s'ouvrir.

Opération à la cocaïne, durant laquelle on s'aperçoit que la tumeur fait absolument corps avec le larynx. Ponction de la tumeur avec le bistouri d'où il s'écoule la valeur d'une cuillerée de pus grumeleux. On enlève la coque formée

par la peau rouge et chroniquement enflammée qui recouvre la collection. On voit alors au-dessous la paroi formée par le bord antérieur détruit du cartilage thyroïde.

La destruction de ce cartilage s'étend sur une hauteur de quatre à cinq centimètres, et sur une largeur de deux centimètres. Grattage à la curette sur la ligne médiane, plus fortement sur les côtés, attouchement à l'éther iodoformé et on recouvre la plaie avec la gaze aseptique. Pensement occlusif. Le malade n'a pas de fièvre et va très bien. Le lendemain, on pratique l'examen laryngoscopique: le larynx est absolument normal et n'a pas de trace de tuberculose.

La guérison survient un mois après l'opération. Le malade revu quelque temps après ne présente aucune lésion tuberculeuse du larynx. M. Macaigne, chef de laboratoire du service, a examiné la pièce : « Au sein d'un tissu conjonctif d'un aspect banal apparaissent les follicules tuberculeux, les uns isolés, les autres confluents, avec nécrose de leur partie centrale. Quelques-uns d'entre eux ont des cellules géantes. Quant au bacille de Koch la technique spéciale n'en a pas montré mais l'aspect des lésions ne saurait faire de doute sur leur nature tuberculeuse. »

Il s'agit bien là d'un cas qui nous intéresse, mais il faut remarquer l'absence de l'altération de la voix, en même temps que l'absence d'altération de signes laryngoscopiques, mais le bord antérieur du cartilage thyroïde présente des lésions évidemment tuberculeuses. Ici non plus on ne trouve pas de bacille de Koch et cependant on ne conclut pas à la syphilis.

Observation 6 (MESNARD) *in* th. BRISSAUD.

L..., déménageur, 40, ans entré le 16 juillet 1898 au n° 45 de la salle Broca. L..., est un tuberculeux pulmonaire avancé. Les deux sommets sont pris, il a de plus une tuberculose laryngée avec aphonie presque complète.

Depuis cinq semaines il lui est venu une grosseur devant le larynx. A l'heure actuelle cette bosselure a le volume d'une noix, elle est située devant le cricoïde, sur la ligne médiane. Il n'y a que très peu d'inflammation, on provoque cependant un peu de douleur à la palpation; la fluctuation est nette tout à fait en avant, il y a certainement du pus.

Devant cet ensemble on porte le diagnostic d'adénite suppurée tuberculeuse du ganglion prélaryngé, l'opération est faite à la cocaïne, incision sur la ligne médiane, ouverture immédiate de la tumeur d'un coup de pointe. Dissection de bords. Celle-ci ne peut être poussée très loin et il faut recourir à la curette. Au fond on aperçoit un petit pertuis où un stylet s'enfonce à une profondeur de quelques millimètres. Ce pertuis est intermédiaire aux deux cartilages et siège sur la membrane.

On panse la plaie avec de la gaze iodoformée.

Le malade a guéri au bout de trois semaines par granulation sans nouveau grattage, il n'a pas été revu depuis. L'examen hystologique n'a pas été fait mais il n'y a aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'adénite.

Ceci est un cas type, nous n'ajouterons rien à cette observation, remarquons qu'il s'agit d'un malade

manifestement atteint de tuberculose pulmonaire, de tuberculose laryngée avec aphonie.

Observation 7

(GUISEY) *in th.* BRISSAUD.

Le nommé P..., teinturier, âgé de 67 ans, se présente à la clinique du Dr Castex le 1er juin 1901. Il vient consulter pour une laryngite ancienne ; il est aphone et atteint d'une toux très fréquente, principalement la nuit. Amaigrissement très marqué dans ces derniers mois.

Les troubles dont il se plaint remontent à quatre mois environ, il attire également l'attention du médecin sur une petite fistule prélaryngée d'où il fait sourdre tous les jours un peu de pus par la pression de bas en haut, il raconte qu'au début de ses accidents laryngés il a constaté là le développement d'une petite boule indolore roulant sous le doigt et dont il ne s'est pas autrement préoccupé.

Cette tuméfaction s'est bientôt ramollie, la peau de la région est devenue le siège de démangeaisons assez vives et la suppuration s'est établie.

Actuellement, le malade présente à ce niveau une cicatrice de forme étoilée à centre déprimé, adhérente au plan profond par une sorte de tractus épais et induré. La pression un peu forte fait sortir de sa partie supérieure une goutte de pus.

Il s'agit encore là, vraisemblablement, d'une adénite tuberculeuse ancienne, devenue fistuleuse. L'examen du larynx révèle de l'infiltration de la région aryténoïdienne

principalement du côté droit. Les cordes vocales sont rouges et érodées sur leurs bords. La voix est souffrante, la toux rauque. L'auscultation de l'appareil respiratoire révèle des signes nets d'infiltration tuberculeuse du sommet du poumon droit.

L'état général est mauvais, l'amaigrissement va progressivement depuis le début de la laryngite.

Le malade nous demande de le débarasser de sa fistule.

Opération. — Le 3 juin, à la cocaïne. Extirpation du trajet et des fongosités avoisimantes.

Le cartilage thyroïde est légèrement érodé dans une étendue de 1/2 centimètre carré environ suture partielle ; une petite mèche de gaze iodoformée est laissée dans la plaie.

Ce malade diffère nettement du précédent, chez lui c'est le larynx primitivement tuberculeux qui a infecté le ganglion prélaryngé.

Autre cas type : d'une fistule des lésions pulmonaires, et de lésions laryngées avec érosion du cartilage thyroïde, aphonie et toux.

Observation 8 (Brissaud).

M. S..., se présente à la clinique du Dr Castex le 12 novembre 1900 avec une petite tumeur dans la région prélaryngée.

La peau est rouge, tendue, la fluctuation toute superficielle, la peau étant très mince à ce niveau. Le malade accuse de la douleur à la palpation. Le début des accidents

au dire du malade remonte à peine à huit jours, la température est de 38°.

L'état général est relativement précaire, c'est un tuberculeux avancé avec lésions des deux poumons.

Le larynx présente dans sa région postérieure de l'infiltration. La corde vocale droite est épaissie et ulcérée par places.

Incision de la collection au bistouri ; écoulement d'un liquide épais, granuleux, contenant des masses caséeuses. Pansement à la gaze iodoformée et guérison au bout d'un mois, il ne nous a pas été possible de faire l'examen du pus.

Il s'agit dans ce cas d'une forme d'adénite prélaryngée à marche rapide aiguë.

Les masses caséeuses, les antécédents du malade, les lésions concomitantes ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'abcès.

Cas type d'adénite accompagnant une tuberculose laryngée.

Observation 9 (*Personnelle*).

Le nommé D. E..., employé d'assurance, âgé de 44 ans, est arrivé dans le service de M. le professeur Le Dentu à l'Hôtel-Dieu, salle Landry, le 16 mars 1908, passé du service de médecine où il était soigné depuis le 24 février pour la tuberculose pulmonaire à la période cavitaire. Les deux sommets sont pris surtout à gauche. Il a eu plusieurs attaques de rhumatismes articulaires, deux avant son service

militaire, une au service et trois ou quatre ensuite, mais ces derniers à allure subaiguë.

En 1886 faisant son service militaire au Tonkin, eut la dysenterie et les fièvres paludéennes ; revenu en France, n'eut plus de crises depuis, mais il a par contre beaucoup toussé, craché et a eu quelques hémoptysies. Il se plaint actuellement de l'oppression et surtout des sueurs nocturnes. A l'inspection on voit que le malade présente une coloration jaunâtre du visage, les conjonctives sont subictériques (le malade fait remonter cet état à une grande contrariété qu'il aurait eue en février dernier.

Le ventre est volumineux, mais il n'y a pas d'ascite, l'inspection montre encore de l'œdème du membre inférieur gauche.

Le foie déborde les fosses côtes de quatre travers de doigt. On ne sent pas de bosselure à sa surface.

La rate est également augmentée de volume, les urines sont troubles avec très peu d'albumine.

Le 1er mars on remarqua à la face antérieure et médiane du cou, une petite grosseur du volume d'une bille, mobile, dure, indolente, roulant sous le doigt. Puis elle s'est progressivement étalée, la peau sus-jacente a rougi et devenue adhérente.

Actuellement (17 mars) on observe une tuméfaction ovoïde bien circonscrite de 5 centimètres de diamètre environ.

Elle est située au-dessous de l'os hyoïde, et correspond à la partie antérieure du larynx, surtout du cartilage thyroïde et espace crico-thyroïdien. Elle descend jusqu'au-dessus de la fourchette sternale entre les bords internes des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

La peau à sa surface est lisse, rouge, amincie au centre, elle est soulevée par une collection nettement fluctuante.

La tuméfaction fait corps avec le larynx, avec lequel elle se mobilise dans les mouvements de déglutition.

A la pression, elle ne s'efface pas, n'est pas réductible.

L'évolution a été subaiguë. Pas de phénomènes fébriles. La déglutition n'est pas pénible.

La voix est enrouée, la toux légèrement rauque et douloureuse. L'examen laryngoscopique révèle de l'infiltration des cordes vocales qui sont rouges et errodées sur leurs bords. On aperçoit aussi quelques petites ulcérations sur la corde vocale droite.

Devant cet ensemble de symptômes nous portons le diagnostic abcès froids prélaryngés d'origine ganglionnaire.

Opération. — Le 18 mars une simple incision est pratiquée exactement sur la ligne médiane et antérieure de la tumeur après anesthésie à la cocaïne qui donna issue à une collection abondante, épaisse, granuleuse et bien liée contenant de gros grumeaux caséeux ; la poche minutieusement inspectée ne laissa voir en aucun point le cartilage dénudé, elle était seulement recouverte d'enduits fibrineux elle fut curetée avec soin, après attouchement au chlorure de zinc, la plaie fut réunie par première intention sans drainage. La guérison était complète dix jours après. Le malade a quitté l'hôpital vers la fin de mars, mais il est revenu le 2 avril 1908 pour une tumeur blanche du pied droit avec phénomène d'infection surajouté sérieux ; il est mort au mois d'avril de la tuberculose pulmonaire, mais guéri de son abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire. L'examen du pus et l'inoculation au cobaye ont été positifs.

II. — Abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire sans altération laryngée.

Observation 10. « *Revista de laryng, otol-rinologia* » t. IV, n° 10, 1889.

Adénite suppurée du ganglion prélaryngé.
Résumée dans les *Annales des mal. de l'oreille et du larynx.*

Un enfant 9 ans très lymphatique éprouve une douleur à la partie antérieure du cou. En ce point il existe une tuméfaction limitée de 3 centimètres de diamètre couvrant le cricoïde et la partie inférieure du thyroïde. Rougeur et chaleur, fluctuation douloureuse. L'incision donne issue à dix grammes de pus crémeux, un stylet introduit dans la plaie pénètre par un trajet fistuleux jusqu'à la membrane crico-thyroïdienne, antiseptie, guérison en quinze jours.

Il s'agit ici, dit l'auteur, d'une adénite suppurée du ganglion prélaryngé découverte par P. Poirier.

Cette observation vague et peu fouillée nous fixe sur peu de points, il n'est pas fait mention, fût-elle négative, de troubles laryngés, de modifications de la voix, mais nous retrouvons ici deux caractères importants :

Tuméfaction nettement limitée de trois centimètres de diamètre ;

Trajet fistuleux conduisant sur la membrane crico-thyroïdienne ;

Observation 11 (MORESTIN).

Il s'agit d'un malade qui a séjourné à plusieurs reprises dans le service du Dr Richelot pour un mal de Pott avec vastes abcès par congestion. On observe chez lui un stade terminal de l'adénite prélaryngée. Il n'en reste qu'une cicatrice. Les cicatrices servent parfois à faire un diagnostic rétrospectif, c'est le cas chez ce malade.

Il a eu dans son enfance plusieurs adénites tuberculeuses au cou. Abandonnées pour ainsi dire à leur évolution spontanée elles ont fini par guérir, mais non sans laisser de traces caractéristiques.

Après une trêve de plusieurs années, ce garçon qui habitait la campagne et se portait bien est venu travailler à Paris, mais au bout de quelques mois il est repris par la tuberculose. Parmi les cicatrices du cou il en est une qui intéresse tout particulièrement. Elle répond à la partie antérieure du larynx auquel elle adhère. Cette adhérence se fait précisément à la hauteur de l'espace crico-thyroïdien, et les téguments se déplacent dans les mouvements de déglutition entraînés par le larynx. Elle est située sur la ligne médiane, plissée, irrégulière, déprimée et tout à fait analogue aux cicatrices qui occupent les autres régions du cou. Cette similitude nous permet de raisonner pour la cicatrice prélaryngée comme pour les autres, il n'y a donc rien que de naturel à donner pour celle qui occupe la région sous-hyoïdienne une explication analogue. On chercherait autre chose s'il n'y avait pas de ganglions mais il y en a un précisément, et même, la cicatrice répond si exactement à

la situation de cet organe lymphatique, l'adhérence qui l'unit au larynx établit d'une manière si précise le point de départ de l'abcès qu'on ne saurait conserver aucun doute à cet égard.

On peut même d'autant plus sûrement diagnostiquer qu'il s'agit d'une adénopathie que nous observons le malade à une époque plus éloignée.

Si c'était un abcès ayant pour origine une chondrite qui dans l'espèce serait une chondrite tuberculeuse le malade serait mort depuis longtemps, il s'agit donc d'une adénite qui évoluant dans l'enfance a pu guérir spontanément, et ici encore la comparaison avec les lésions voisines de même nature apporte un sérieux appoint à cette affirmation.

Cette observation ne signale qu'une trace d'adénopathie prélaryngée de date trop éloignée pour que nous puissions la discuter avec fruit.

Observation 12 (MORESTIN).

Malade observé dans le service du Dr Hallopeau.

Il porte au cou toute une série d'adénites tuberculeuses dont les unes sont suppurées, les autres déjà ouvertes, les autres simplement ramollies. Il y en a une sus-sternale, ces adénites médianes prétrachéales sont loin d'êtres rares contrairement aux adénites prélaryngées).

Enfin au-devant du larynx, répondant exactement à la ligne médiane et à l'espace crico-thyroïdien, on sent par la palpation, un corps arrondi, globuleux, gros comme une petite noisette.

Cette masse est résistante, indolente à la pression, indépendante des parties molles superficielles.

Elle tient au larynx sur lequel elle ne présente qu'une obscure mobilité et dont elle suit les mouvements dans la déglutition.

Il est absolument incontestable que ce ne peut être là qu'une adénite crico-thyroïdienne.

Il ne s'agit ici que d'une adénite au stade primitif sans rien de laryngé.

Observation 13 (GUIZEY).

Le nommé B. P..., âgé de 68 ans, charretier, entre à l'hôpital Necker le 19 avril 1901.

Le début de l'affection remonte à 3 semaines. Elle a commencé par une petite grosseur indolente située sur la ligne médiane du cou, au-devant de la portion inférieure du larynx.

A près être resté pendant une dizaine de jours grosse comme une noisette, la tumeur a augmenté brusquement de volume et a acquis les caractères qu'elle présente actuellement. Elle présente le volume d'un œuf de poule à grand axe vertical. Elle commence au niveau de la pomme d'Adam et descend jusqu'à deux travers de doigt de la fourchette sternale et sa surface, la peau est rouge et lisse, elle est peu adhérente et se plisse facilement.

La consistance de la tumeur est molle et légèrement fluctuante ; elle est assez mobile latéralement, moins dans le sens vertical. Elle adhère au larynx et à la trachée et

suit les mouvements du larynx dans la déglutition. L'indolence est complète depuis le début ; la pression ne révèle aucun point douloureux profond.

La dysphagie est nulle ; l'examemen du larynx au miroir ne révèle rien de particulier, pas d'adénitesous-maxillaire ni dans les autres régions du corps.

Le malade, du reste, n'accuse rien du côté de l'appareil respiratoire, les testicules sont sains. Il a eu cependant une bronchite légère l'hiver dernier, mais il a continué néanmoins à travailler ; température 38°.

Le facies est celui d'un alcoolique, les pommettes sont rouges, injectées, il dit avoir pâli dans ces derniers temps : il a bon appétit et ses digestions sont bonnes.

Opération. — Le 25 avril 1901, après anesthésie au chlorure d'éthyle, une incision est pratiquée sur la ligne médiane exactement.

Elle donne issue à une collection abondante mêlée de gros grumeaux caséeux, le cartilage thyroïde n'apparaît pas dénudé au fond de la plaie.

Grattage de la poche à la curette pour enlever les parois de l'abcès. Attouchement au chlorure de zinc. Une mèche de gaze iodoformée est laissée dans la plaie.

Pansement occlusif. Le premier pansement est levé au bout de quatre jours. Guérison environ quinze jours après.

L'examen du pus et l'inoculation au cobaye montrent que le pus est nettement tuberculeux.

Ici pas de lésions laryngées, pas de lésions même de l'exolarynx, c'est donc une adénite suppurée froide, en apparence isolée.

Observation 14 (MORESTIN).

Abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire chez un sujet ne présentant aucune autre affection.

François B..., âgé de 18 ans, ébéniste, traité à l'hôpital Saint-Louis du 13 au 27 avril 1900 dans le service du docteur Richelot : isolement, 22.

Ce malade jusque-là très bien portant, n'ayant dans son passé pathologique que quelques rhumes seulement a constaté deux mois avant son entrée à l'hôpital un léger gonflement à la partie antérieure de son cou, en y portant le doigt il aurait perçu une petite tumeur ronde, une boule qu'il pouvait déplacer légèrement ; cette tumeur se mit à grossir lentement sans déterminer de douleurs. quelques jours avant son entrée à l'hôpital elle subit, tout en restant parfaitement indolore, un accroissement plus rapide ce qui décida le malade à se faire traiter.

Lorsqu'on l'examine on trouve son cou déformé par une tumeur qui en occupe la partie antérieure et médiane et dont le volume est comparable à celui d'une petite orange.

Elle s'étend en haut jusqu'au bord supérieur du thyroïde, elle descend en bas un peu au dehors du cricoïde, elle couvre en somme le larynx dans presque toute sa hauteur et dans le sens transversal, est comprise entre les bords antérieurs des sterno-mastoïdiens. Au point le plus saillant de la tumeur médiane la peau a pris une teinte rougeâtre et l'on peut même sur ce fond rouge remarquer deux ou trois petites taches jaunâtres indiquant une altération profonde et ulceration prochaine.

La palpation montre que cette tumeur forme une masse ovoïde, bien circonscrite,parfaitement fluctuante dans toute son étendue,absolument indolente à la pression.Elle adhère aux téguments au niveau de la partie rouge seulement,ailleurs, ils glissent facilement à sa surface.

Signe plus important : elle suit les mouvements du larynx, auquel elle est appliquée ; il est surtout très aisé d'en constater pendant la déglutition, l'ascension, puis la descente, il est donc certain que cette collection (la fluctuation que nous y avons perçue ne laissant aucun doute sur la nature liquide de cette tumeur) tient au larynx.

L'aspect de la peau et la marche rapide pendant les derniers jours permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un abcès. On peut ajouter, en outre, qu'il s'agit d'un abcès froid, car il n'y a ni douleur, ni œdème,ni phénomènes généraux, et que l'évolution totale de l'abcès a duré près de deux mois ; de plus, au côté droit du cou au-dessous de l'angle de la mâchoire et contre le bord antérieur du sterno-mastoïdien une autre tumeur plus petite soulève les téguments, elle est arrondie, du volume d'une petite noix, mobile, indolente ; elle est molle et même fluctuante, c'est aussi une collection froide, elle offre l'aspect très banal d'une de ces adénites suppurées tuberculeuses si communes dans cette région.

Si nous examinons attentivement la tumeur médiane nous nous apercevons aisément qu'il ne s'agit ni d'un kyste thyroïdien ou congénital mais bien d'un abcès froid et que cet abcès n'est pas lié à une lésion grave du larynx car le malade ne présente aucun trouble de ce côté.

C'est un abcès ganglionnaire développé aux dépens du

ganglion prélaryngé ; et étant donné le volume de l'abcès gros comme un œuf à celui du ganglion tout petit, on peut affirmer qu'il s'agit non d'une adénite suppurée mais bien d'un abcès froid ganglionnaire.

L'infection doit avoir un point de départ laryngé puisqu'elle frappe à la fois deux ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques du larynx.

Cette lésion laryngée vient par une lésion grave, c'est sans doute, simplement une infection banale, le malade ayant été sérieusement enrhumé avant le début des accidents.

La muqueuse, plus ou moins modifiée par l'inflammation, avait perdu de sa résistance et laissé passer les microorganismes, qui avaient colonisé dans les ganglions, alors qu'elle reprenait rapidement son état normal, du moins autant qu'on peut s'en rapporter aux signes cliniques.

Le 18 avril, j'opérai ce jeune homme, l'état de la peau ne permettant guère d'essayer d'injections modificatrices, contre-indiquées aussi par le voisinage immédiat du larynx. Une incision médiane ouvrit la collection prélaryngée et évacua la valeur d'un verre à bordeaux de pus jaunâtre bien lié ; la poche, inspectée minutieusement, ne laissa voir en aucun point de cartilage dénudé. Non seulement il n'y avait aucune communication avec la tumeur latérale, mais la cavité ne présentait même aucun diverticule, aucune anfractuosité. Elle était seulement tomenteuse, couverte d'enduits fibreux. Elle fut curettée avec soin, puis disséquée ; tout l'hémisphère antérieur fut facilement isolé, mais il n'en fut pas de même de la partie de la poche qui couvrait le larynx il n'y avait plus là de paroi susceptible d'être disséquée, il fallut se borner a un curettage, autre-

ment on eût entamé la membrane crico-thyroïdienne et l'angle saillant du thyroïde. On peut se rendre compte que le pus était accumulé au-devant des crico-thyroïdiens et des muscles sterno-thyroïdiens, et qu'il avait repoussé en avant les plans superficiels ; il n'y avait aucune modification, aucune lésion appréciable du cricoïde et du thyroïde, aucun trajet allant vers l'intérieur ou les parties latérales du larynx. Contre la membrane crico-thyroïdienne était un petit amas fongueux qui, détaché par dissection, laissa voir ce ligament intact. Il nous semble que c'était peut-être un débris du ganglion. Après excision de la partie malade des téguments, la plaie fut réunie sans drainage.

Une autre incision, pratiquée sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, permit d'évacuer, vider, curetter et extirper l'autre poche qui était en rapport très intime avec l'origine des carotides externe et interne, la veine jugulaire et le tronc thyro-lingico-facial. La plaie fut de même suturée immédiatement.

Les suites furent des plus simples ; je pensais qu'il y aurait sans doute un peu de gêne et même de douleur dans les mouvements du larynx. Mais il n'en fut rien, et dès le lendemain l'opéré parlait, mangeait et buvait sans difficulté et sans souffrance ; il a fort bien guéri, et il nous a quitté à la fin d'avril, dans un état très satisfaisant et enchanté de ses cicatrices peu visibles, car il était surtout préoccupé du côté esthétique.

Le pus de l'abcès prélaryngé a été inoculé à un cobaye qui est devenu tuberculeux ; sacrifié deux mois après, l'animal, qui avait été inoculé sous la peau de l'abdomen, présentait une grosse masse tuberculeuse dans sa paroi, aux

aines des ganglions caséeux, et dans le foie tout un semis de tubercules.

Un autre cobaye, inoculé avec le pus de l'abcès latéral succomba un peu plus tard à la tuberculose péritonéale et hépatique.

Observation 15 (MORESTIN).

Abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire chez un tuberculeux cachectique.

Malade occupant le n° 6 salle Malgaigne au début de 1898, service du professeur Le Dentu. Cet homme, âgé d'une cinquantaine d'années, était entré pour une tumeur du cou occupant la ligne médiane, sans altération des téguments et sans adhérence à leur face profonde avoïde, grosse comme un tout petit œuf, bien circonscrite, fluctuante, répondant à la face antérieure du larynx. Sa partie moyenne était située à la hauteur de l'espace crico-thyroïdien. Elle suivait les mouvements du larynx, il n'y avait dans le reste du cou rien d'anormal, l'auscultation ne laissait aucun doute sur l'existence de cavernes aux deux sommets.

Le malade était d'ailleurs très affaibli, très émacié, toussant beaucoup et crachant à proportion. On pensa à un abcès froid, ayant pour point de départ quelques lésions du larynx. Sa voix enrouée et sourde faisait craindre qu'il n'y eût, en effet, une lésion tuberculeuse évoluant de ce côté.

Je fis l'incision de cet abcès, il couvrait la face antérieure du larynx dans sa moitié inférieure, sa paroi postérieure

n'en put être détachée, et comme chez le jeune homme dont l'histoire à été relatée plus haut, je ne pus trouver aucune altération des cartilages.

La plaie fut suturée, mais la réunion ne fut pas obtenue par première intension cependant la cicatrisation se fit ; d'une façon très régulière, la plaie était à plat, et sous l'influence des attouchements quotidiens à la teinture d'iode, se rétrécit rapidement au point d'être réduite à une petite bande linéaire verticale ; mais avant la séparation complète, le malade mourut, emporté par ses accidents pulmonaires cinq semaines à peu près après l'intervention.

A l'autopsie, je trouvai les poumons farcis de tubercules et de cavernes dans toute leur étendue. Quant au larynx, il ne présentait à l'œil nu aucune lésion, il est probable qu'un examen hystologique eût décelé quelques granulations dans l'épaisseur de la muqueuse, mais il n'y avait rien d'apparent, ni ulcération, nî noyaux caséeux, ni points jaunes ; les cartilages ne présentaient aucune altération, non plus que leur périchondre ; l'os hyoïde était également sain, ainsi que le corps thyroïde, la pyramide de l'alouette et les ganglions cervicaux médianes ou latéraux ; la présence du ganglion prélaryngé me parut pouvoir être invoquée dans le cas particulier, et je pensai qu'il s'agissait là d'un abcès froid d'origine ganglionnaire.

Là encore aucune altération laryngée macroscopique, cependant une tuberculose pulmonaire marquée qui fait penser, comme le dit M. Morestin, qu'il devait y avoir quelques granulations dans le larynx,

mais malheureusement en l'absence d'un examen histologique ce n'est que pure hypothèse.

Observation 16 (GUISEY).

Femme de 35 ans, entrée dans le service du Dr Routier le 13 août 1900, pour une métrite hémorragique contre laquelle un curettage est fait quelques jours après. Profitant de son séjour à l'hopital elle nous montre quelques jours avant son départ une petite tumeur grosse comme une noix située au-devant de la pomme d'Adam.

Les téguments à son niveau ne sont pas sensiblement altérés; elle est bien circonscrite, sa consistance est ferme. Peu adhérente en plans profonds, elle suit cependant les mouvements du larynx; elle est également très mobile latéralement.

Le cou présente deux ou trois cicatrices dans la région sous-maxillaire, signes d'adénites anciennes et guéries.

La malade est généralement bien portante, elle ne tousse pas l'hiver.

L'examen de l'appareil respiratoire ne révèle rien de particulier, le larynx est normal au laryngoscope.

OPÉRATION. — Anesthésie à la cocaïne, injection de deux centimètres cubes de naphtol camphré dans la tumeur à l'aide de la seringue de Pravaz, suivant la méthode préconisée par M. Ménard de Berch. Trois jours après la malade qui est sortie de l'hôpital nous revient.

La tumeur est maintenant complètement ramollie et fluctuante. Nous vidons donc son contenu avec un trocart n° ; 2 nouvelle injection de deux centimètres de naphtol.

Guérison définitive six jours après une nouvelle évacuation. La cicatrice est nulle.

Observation 17 (BRISSAUD).

Un homme âgé de 40 ans entre dans le service du Dr Routier au mois d'août 1900 avec le diagnostic de kyste laryngé, il présente au-devant du cartilage cricoïde une petite tumeur de la grosseur d'une noix, molle, un peu fluctuante, peu mobile et faisant corps nettement avec le larynx et le suivant nettement dans tous ses déplacements.

Antérieurement cet homme a eu une bronchite, mais pas de laryngite, la tumeur prélaryngée date de quinze jours à trois semaines ; a l'examen laryngoscopique on ne découvre aucune lésion laryngée, le malade ne tousse pas, il paraît jouir d'une robuste santé.

Opération le 1er septembre. Anesthésie légère au chlorure d'éthyle. Ponction avec un trocart de deux millimètres pour vider la collection, injection de quelques gouttes de naphtol camphré.

Le malade est laissé sans pansement avec un peu de collodion ouaté au-devant de la piqûre.

Une deuxième évacuation suivie d'une petite infection est faite huit jours après.

La guérison complète semble être obtenue dans les jours suivants. Mais ce malade se représente quelque temps après avec de nouveau une collection. Une petite injection de naphtol camphré est faite après une nouvelle éducation, et la guérison survient définitivement, nous le croyons du moins, car le malade n'est plus revenu dans le service.

Dans ce cas, bien que la suppuration du ganglion eût été constatée, la guérison à l''aide des injections modificatrice a été obtenue sans cicatrices bien visible. La peau n'était du reste pas altérée au-devant de la tumeur.

Observation XVIII (*Personnelle*).

Mme C..., âgée de 46 ans, lingère.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 80 ans, probablement d'affection pulmonaire, mère morte à 56 ans d'une paralysie ?

Elle a eu un frère qui est mort à 45 ans ?

Deux sœurs dont l'une est morte à 37 ans et l'autre est en parfaite santé.

Antécédents personnels. — La malade a été pendant son enfance chétive et nerveuse, elle n'a jamais été réglée, son développement génital paraît avoir été nul, se traduisant par l'absence de menstruation, de développement pileux et des glandes mammaires.

Elle a eu la rougeole à l'âge de 4 ans, la fièvre typhoïde en 1887 et resta un mois à l'hôpital de la Pitié. En 1902 elle a eu de nouveau la fièvre typhoïde et de l'entérocolite muco-membraneuse étant à la campagne. En 1903 elle a éprouvé dès le début une gêne progressive au cours de la défécation, cette gêne s'accompagnant de douleurs et ballonnement du ventre avec des crises alternatives de diarrhée et constipation, ces troubles allant en progressant, la malade a perdu ses forces, a maigri, se cachectisa et entra

à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Le Dentu, salle Notre-Dame. En 1904 elle fut soignée pour un rétrécissement du rectum et subit des opérations successives, on lui fit d'abord un anus contre nature et secondairement une rectotomie; l'anus iliaque est resté ouvert cinq mois, pendant ce temps on lui fit la dilatation anale progressive qui a duré plusieurs mois ; elle est sortie de l'hôpital guérie mais en 1906 elle remarquait que son pied gauche, ainsi que le genou enflaient tous les soirs et qu'elle était même un peu gênée pour le plier; elle n'éprouvait jamais de douleurs seulement quelques engourdissements et des élancements, à ce moment elle a perdu toutes ses forces, a beaucoup maigri et n'avait pas d'appétit, c'est alors qu'elle se décide de revenir de nouveau dans le même service, salle Notre-Dame.

Le 13 août 1907 on pose le diagnostic de tumeur blanche du pied et on lui a fait un grattage des malléoles et des pointes de feu au genou ; l'amélioration n'arrivant pas et la lésion ayant la tendance à progresser vers les autres articulations, le chef de clinique a amputé la cuisse gauche.

Maladie actuelle. — Vers le commencement du mois d'octobre la malade a vu se produire au niveau du cou une tuméfaction siégeant à la partie antérieure et médiane ; cette tuméfaction non douloureuse avait une consistance ferme. Lorsque la malade s'est aperçue de sa présence, elle était du volume d'une noisette roulant sous le doigt. Depuis le mois d'octobre cette tumeur est allée en augmentant de volume. Vers le 15 janvier on observe une tuméfaction arrondie de la grosseurd'une noix, située devant la membrane crico-thyroïdienne sur la ligne médiane au-dessous

de l'os hyoïde et descendant jusqu'à trois travers de doigt de la fourchette sternale, entre les bords internes des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. A la surface la peau est lisse, rouge, et peu adhérente, se plissant facilement, la consistance de la tumeur est molle et légèrement fluctuante, elle est très peu mobile dans le sens vertical, fait corps avec le larynx, avec lequel elle se mobilise dans les mouvements de déglutition.

Depuis le début la pression ne révèle aucun point douloureux et démontre l'irréductibilité de la tumeur.

La malade tousse et crache un peu mais ne présente aucune altération de la voix.

L'examen complet de la malade ne nous révèle aucune lésion cardiaque ; mais du côté des poumons nous remarquons les modifications suivantes.

A la percussion du sommet droit :

En avant. — Résistance à la percussion.

En arrière. — Submatité.

A la palpation :

Exagération des vibrations thoraciques.

A l'auscultation :

En avant. — Diminution du murmure vésiculaire.

En arrière.— Inspiration diminuée d'intensité, expiration rude et prolongée, craquement très fin et discret.

A la base droite. — Quelques râles.

Du côté gauche la respiration est normale.

Les urines ne contiennent *ni sucre ni albumine*. Le larynx est normal au laryngoscope.

L'état général est très mauvais, l'amaigrissement va en progressant.

Devant cet ensemble on porte le diagnostic d'abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire.

Opération. — Le 16 janvier par l'interne de service; la guérison paraît complète, mais depuis le 1er avril la tumeur réapparaît, elle a actuellement la grosseur d'une grosse noisette mais accompagnée d'une autre tumeur située du côté droit du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire, contre le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien; cette tumeur est arrondie, du volume d'une petite noix, mobile et indolente, elle a une consistance ferme, c'est une adénite indurée tuberculeuse si commune dans cette région.

L'inoculation au cobaye n'a pas été faite, la malade n'étant pas encore opérée de cette récidive.

CONCLUSIONS

1° Les abcès froids prélaryngés d'origine ganglionnaire ont une fréquence beaucoup plus grande qu'on ne le croit à être oubliés dans la nosologie.

Caractères anatomiques.

2° Ils se développent aux dépens du ganglion prélaryngé de Poirier et constituent des collections très limitées proéminant franchement en avant, situées à la partie antérieure et médiane du cou.

Caractères cliniques.

3° Ils ont une évolution lente qui est celle de toutes les collections froides, mais présentent une série de caractères particuliers : ce sont des tumeurs en jabot n'occasionnant pas, en dépit de leur situation, de troubles fonctionnels importants ; elles n'ont aucune espèce de prolongement.

Caractères étiologiques.

4° Ces collections contiennent un pus dans lequel l'on trouve parfois le bacille de Koch, et qui le plus souvent tuberculise le cobaye. Elles sont le plus souvent liées à une tuberculose plus ou moins avancée du larynx.

5° Le traitement en est banal : ponction, incision avec grattage des parois. Il faut autant que possible s'abstenir d'injection de substances modificatrices qui peuvent provoquer, du côté du larynx, des accidents dyspnéiques ; ce que l'on doit tâcher d'obtenir c'est une guérison sans cicatrice ou avec une cicatrice très peu visible.

Vu : le Président de la thèse
PAUL SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Testut et Jacob. — Traité d'anat. topogr.

Sappey. — Traité d'anatomie descriptive, t. II.

Poirier. — Traité d'anatomie.

Tillaux. — Anatomie topographique.

Block. — *Gazette médicale de Paris*, 1886 (nos 12, 13, 17, 18).

Poirier. — *Progrès médical*, 1887.

Le Dentu. — *Presse médicale*, 1894.

Brissaud. — *Thèse de Paris*, 1901.

Thiriet. — *Thèse de Paris*, 1899.

Calot. — Méthode de traitement. Berck-plage.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	9
Introduction	11
Anatomie	13
Séméiologie	21
Diagnostic différentiel	32
Diagnostic étiologique	38
Marche. Durée. Pronostic	44
Traitement	46
Observations	49
Conclusions	99
Bibliographie	101

Libr. des Facultés, A MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.